

Année 1973

N° 116

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(diplôme d'état)

par

Bernard LOUIS

ancien externe des Hôpitaux de Paris

ancien interne des Hôpitaux de Caen

né le 10 août 1939 à Paris

PLACE DE LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DES EPITHELIOMAS CUTANES

Présentée et soutenue publiquement le

5 JUIN 1973

PRESIDENT : M. le PROFESSEUR P. LACROIX

Année 1973

N°

THESE

pour le

D O C T O R A T e n M E D E C I N E

(diplôme d'état)

par

Bernard LOUIS

ancien externe des Hôpitaux de Paris

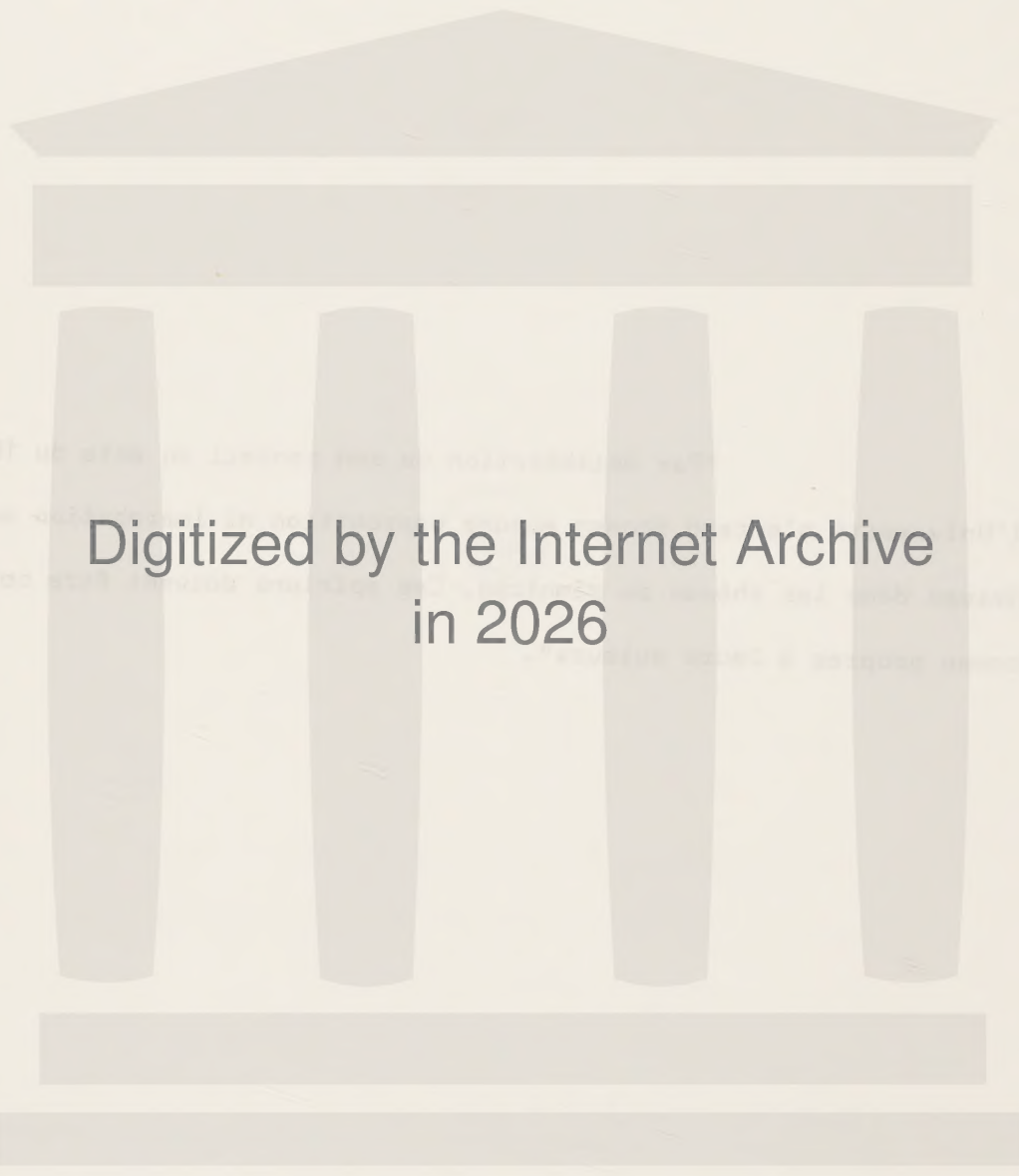
ancien interne des Hôpitaux de Caen

né le 10 août 1939 à Paris

PLACE DE LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DES EPITHELIOMAS CUTANES

Présentée et soutenue publiquement le

PRESIDENT : M. le PROFESSEUR P. LACROIX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550828_0020

FACULTE DE MEDECINE

PROFESSEURS

MM. EVRARD	Clinique chirurgicale A
FERNANDEZ	Physique médicale
FOUCAULT	Pathologie expérimentale
GUIHARD	Pédiatrie
LACROIX	Clinique et pathologie chirurgicale B
LEMAIRE	Physiologie
LEMENAGER	Clinique médicale A
LEVY	Clinique obstétricale
LHIRONDEL	Clinique médicale infantile
OLIVIER	Clinique médicale B
PHELINE	Anatomie
POULAIN	Médecine opératoire
SAVINI	Pharmacologie
VALLA	Médecine générale et thérapeutique
VILLEY	Clinique médicale C

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. BRION	Psychiâtrie
FABRE	Physiologie
IZARD	Histologie et Embryologie
MOREL	Bactériologie, virologie
MORIN	Neurologie
POILPRE	Psychiâtrie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. BAZIN	Thérapeutique, réanimation médicale
BEUVE-MERY	Médecine interne
BEZARD	Chirurgie générale
DAVERNE	Electro-radiologie
M ^{le} DENIZET	Radiologie
DESCHAMPS	Dermatologie
DROSDOWSKY	Biochimie médicale
GAUBERTI	Médecine préventive et santé publique, hygiène
GIGNOUX	Chirurgie générale
LECHEVALIER	Neurologie
LEYMARIE	Biochimie médicale
LOYAU	Rhumatologie
MANDARD	Anatomie Pathologie
MOULIN	Pharmacologie
QUESNEL	Anesthésiologie
ROUSSELOT	Anatomie Pathologie
THERET	Histologie et embryologie
THOMAS	Immunologie, hématologie
VENEZIA	Pédiatrie
ABBATUCCI	Radiologie (Maître de Conférences Associé)

A ma femme

A mon fils

A mes parents

en témoignage de ma reconnaissance et avec toute mon affection

A mes beaux-parents

A mes amis.

A Monsieur le PROFESSEUR P. LACROIX

Professeur de Clinique Chirurgicale

qui m'a fait le grand honneur d'accepter

la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression

de mes sentiments les plus respectueux.

A mes juges,

Monsieur le Docteur ABBATUCCI

Directeur du Centre François Baclesse

qui m'a accordé toutes facilités pour
réaliser ce travail.

Monsieur le Professeur Agrégé DESCHAMPS

Chef du Service de Dermatologie du C.H.U. de Caen

qui a bien voulu s'intéresser à cette étude.

avec mes respectueux remerciements.

A mon Maître,

le Professeur Agrégé J. BEZARD

Chef de Service de Chirurgie générale au C.H.U. de Caen

En témoignage de mon admiration et de mon plus
sincère attachement.

A Monsieur le Docteur G. ALPERINE

Chef du Service de Chirurgie du Centre François Baclesse

qui pour la réalisation de ce travail, m'a conseillé
avec tant de compétence et de bienveillance.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma
gratitude et l'assurance de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur J. POULAIN

Professeur de Médecine opératoire

en témoignage de ma reconnaissance pour
son enseignement.

A Messieurs,

Le Professeur C. DUFOURMENTEL

(Hôpital Saint Louis - Paris)

Le Docteur P. TESSIER

(Hôpital Foch - Suresnes)

Le Docteur R. TUBIANA

(Hôpital Cochin - Paris)

Le Docteur J.C. MUSTARDE

(Canniesburn Hospital - Glasgow)

qui m'ont fait l'honneur de m'accueillir
dans leurs services de Chirurgie Plastique.

A mes Maîtres de l'Internat du C.H.U. de Caen
et en particulier à :

Monsieur le Professeur Agrégé GIGNOUX

Monsieur le Docteur GODARD

Monsieur le Docteur HEUGUET

Monsieur le Docteur NOCQUET

en remerciement de leur enseignement et de
leur patience.

A mes Aînés, Chefs de Clinique à la Faculté,
Les Docteurs

P. DELMAS

M. DES ROSEAUX

J. LALAUE

C. LETEURTRE

Ph. REITZAUM

leur amitié, leurs conseils et leur aide
me furent précieux.

A mes Collègues d'Internat.

Aux Médecins du Centre François Baclesse

en les remerciant de leurs conseils

Au Personnel du Centre François Baclesse

en les remerciant de leur aide.

INTRODUCTION

GENERALITES

- I - DEFINITION
- II - FREQUENCE
- III - SEXE
- IV - AGE
- V - CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

ANATOMO-PATHOLOGIE

CLINIQUE

- I - CIRCONSTANCES ET DELAIS
- II - EXAMEN
- III - ASPECT CLINIQUE ET EVOLUTION
- IV - LOCALISATIONS

CLASSIFICATION T. N. M.

LES MOYENS THERAPEUTIQUES

EVOLUTION SOUS TRAITEMENT RADIOTHERAPIQUE

LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DES EPITHELIOMAS CUTANES

- I - LA METHODE CHIRURGICALE
- II - INCONVENIENTS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA METHODE CHIRURGICALE
- III - AVANTAGES DE LA METHODE CHIRURGICALE

PLACE DE LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DES EPITHELIOMAS CUTANES

CONCLUSIONS

I N T R O D U C T I O N

=====

Cette étude a un triple but :

- le premier est de faire un bref rappel des généralités concernant l'épithélioma cutané. On ne trouve pas là, bien sûr, de notions que les spécialistes ne connaissent déjà parfaitement. Mais, cette révision nous paraît tout de même intéressante, car l'épithélioma cutané, bien qu'étant certainement le plus fréquent des cancers, est l'un des moins enseignés et demeure par conséquent méconnu.

Nous illustrons ce rappel de généralités par l'étude de 135 lésions vues et traitées au Centre François Baclesse en 1969, et dont les résultats corroborent les données communément admises.

- Notre second but est d'insister sur la gravité de l'épithélioma cutané. Celle-ci, en effet, n'est pas toujours évidente. D'une part, parce que cette lésion superficielle présente pendant longtemps un aspect assez anodin et d'autre part, parce que la littérature nous inonde de grandes statistiques, témoignant d'un haut pourcentage de guérisons à 5 ans (85 à 99 %). Il en résulte une impression générale de bénignité.

Nous verrons qu'il n'en est rien, et que si la majorité des malades guérit effectivement sans problèmes, (quelle que soit la thérapeutique efficace qu'ils aient reçue), il en reste un certain nombre sur qui cette lésion va retentir de façon grave, parfois dramatique.

Nous avons donc étudié plus longtemps les mauvais résultats de notre série ; D'autant qu'ils sont souvent survenus dans des conditions particulières, déjà réputées difficiles par les différents auteurs.

Ces lésions, sur lesquelles on peut craindre pour une raison ou pour une autre, un échec, doivent donc, plus que les autres, bénéficier d'une thérapeutique soigneusement choisie.

- Notre troisième but enfin est d'attirer l'attention sur les possibilités de la chirurgie plastique dans le traitement des épithéliomas cutanés. Cette chirurgie présente un certain nombre d'inconvénients et de contre-indications. Mais elle présente également un certain nombre d'avantages, qui doivent lui donner une large place dans le traitement de ces épithéliomas.

Nous aurions aimé illustrer nos convictions sur les indications chirurgicales, par la présentation d'un nombre de résultats chirurgicaux au moins égal à celui de nos cas traités par radiothérapie. Mais les cas qui ont été confiés au Service de Chirurgie du Centre François Baclesse présentent encore un trop bref recul pour que leurs résultats soient significatifs.

D'autre part, la France est encore l'un des rares pays à ne pas posséder dans sa structure hospitalière de Service de Chirurgie plastique ; de sorte que dans notre ville, les chirurgiens qui pratiquent cette spécialité sont disséminés et qu'il n'est pas possible de colliger leurs résultats.

C'est donc avec des chiffres empruntés dans la littérature que nous illustrerons les possibilités chirurgicales.

GENERALITES

=====

I - DEFINITION :

On entend par épithélioma cutané, les tumeurs épithéliales malignes primitives de la peau.

On élimine ainsi les tumeurs cutanées bénignes et les autres formes de tumeur maligne cutanée : les tumeurs secondaires, les tumeurs mésenchymateuses (sarcomes), les tumeurs du système pigmentaire (mélanomes) et la maladie de Paget.

Inversement, nous parlerons souvent des lésions pré-épithéliomateuses dont la transition entre phase bénigne et phase maligne est souvent difficile à préciser, et dont l'évolution non traitée finit par être celle d'un cancer.

II - FREQUENCE :

Ainsi définis, les épithéliomas cutanés sont très fréquents, ce sont même les cancers les plus fréquents de l'organisme humain. (aux U.S.A. (URBACH) les épithéliomas cutanés représentent 25 % de toutes les tumeurs malignes et causent plus de 5 000 morts par an).

Il est à noter que les sujets de race noire sont très rarement atteints par ces épithéliomas qui affectent essentiellement la race blanche et plus particulièrement les sujets d'origine celtique (URBACH - SILVETSTONE).

III - SEXE :

Les statistiques les plus récentes tendent à prouver une répartition égale entre le sexe masculin et féminin, alors que classiquement l'atteinte féminine était prépondérante.

Sur les 110 malades du Centre François Baclesse, en 1969, il y avait 66 femmes et 44 hommes.

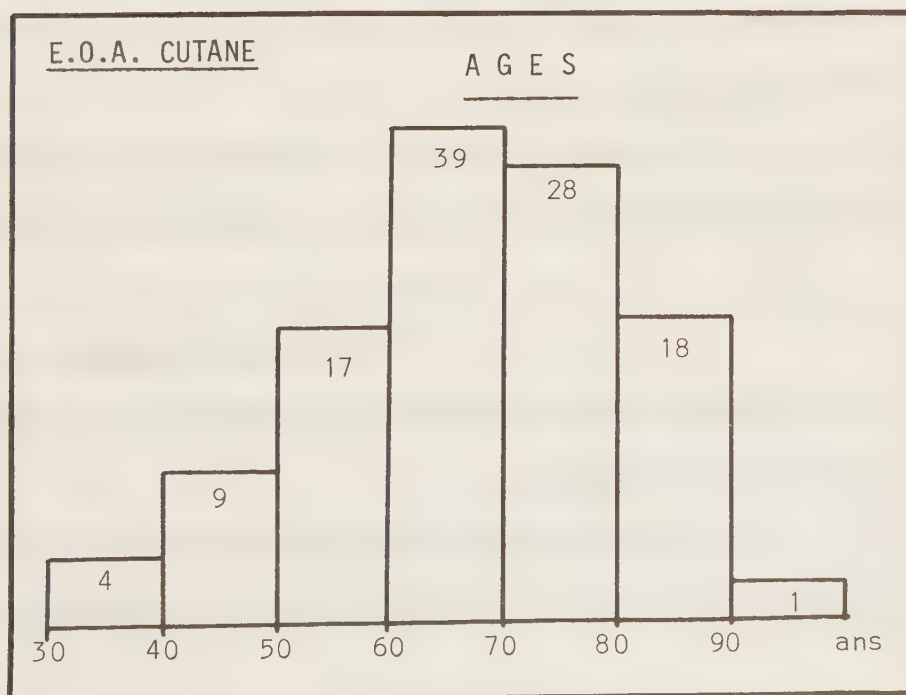
En fait, on peut penser que la morbidité de cette lésion est certainement le même dans les deux sexes, lorsqu'on considère l'âge de ces malades où la population féminine est plus importante.

IV - AGE :

Les épithéliomas cutanés se rencontrent à tout âge, même chez les enfants, mais l'immense majorité (85 %) de ces cancers, survient chez l'adulte de plus de 40 ans.

Dans notre série de 110 malades, les âges extrêmes étaient 31 ans et 99 ans.

Entre ces deux chiffres, les âges se répartissaient comme suit :



Et l'on note que 30 malades (c'est-à-dire plus d'un quart) avaient entre 30 et 60 ans et étaient par conséquent en pleine période d'activité professionnelle.

On note, également, que le pic le plus important se situe entre 60 et 70 ans, c'est-à-dire chez des sujets qui ne sont pas des vieillards.

C'est dire que, chez le plus grand nombre des malades porteurs d'un épithélioma cutané, le souci esthétique n'est pas à négliger.

V - CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES :

Il est classique de reconnaître un certain nombre de facteurs prédisposant à ce type de cancer. Il est en effet communément admis que ces épithéliomas cutanés se développent volontiers sur des zones exposées à différents types d'agression ou sur des dermatoses pré-existantes. Cependant, la plupart de ces causes favorisantes sont banales, affectant un très grand nombre de sujets, dont seuls quelques uns vont être porteurs de ce type de cancer. Inversement, de nombreux épithéliomas cutanés vont se développer sans qu'aucune cause précise ne puisse être retrouvée.

La carcinogénèse réelle est inconnue et on ne parle donc que de facteurs prédisposants dont nous allons énoncer les principaux :

1°) Facteurs physiques :

- les radiations ultra-violettes de la lumière solaire représentent une cause favorisante indiscutable.

En effet, ces épithéliomas apparaissent le plus souvent dans des régions du corps exposées (visage - cou - dos des mains) et sont beaucoup plus

fréquents chez des sujets de race blanche habitant des sites géographiques à fort indice d'insolation ou chez des sujets travaillant au grand air.

Cette circonstance se vérifie essentiellement pour les épithéliomas spino-cellulaires, alors que les baso-cellulaires paraissent plus indépendants, puisque un tiers d'entre eux surviennent sans atteinte particulière par la lumière (URBACH).

- Les radiations ionisantes : peuvent être responsables de radiodermites tardives chroniques, lesquelles dégènèrent après plusieurs années, dans une proportion notable (10 à 30 %) en épithéliomas, le plus souvent spino-cellulaires.

- Les brûlures, et essentiellement les cicatrices de brûlures anciennes, peuvent être le siège, après plusieurs années, d'un processus épithéliomateux généralement spino-cellulaire.

- Les traumatismes enfin, qu'il s'agisse de la cicatrice d'un traumatisme (à évolution souvent compliquée) ou qu'il s'agisse de microtraumatismes répétés, peuvent être à l'origine d'un épithélioma cutané.

2°) Facteurs chimiques :

Les dérivés du carbone (suie - goudrons et carbure d'hydrogène) ainsi que l'arsenic peuvent être à l'origine d'épithéliomas spino-cellulaires.

Les cancers des hydrocarbures sont le plus souvent des cancers dits professionnels.

3°) Dermatoses pré-existantes :

De nombreuses dermatoses chroniques, évolutives ou cicatricielles, professionnelles ou non, peuvent être à l'origine d'un développement néoplasique.

Il faut noter que le cancer n'apparaît qu'après une longue période (plusieurs années à plusieurs dizaines d'années), suivant l'action de ces facteurs prédisposants (physiques - chimiques - pathologiques), lesquels sont le plus souvent responsables d'une agression continue ou répétée. D'autre part ce cancer survient rarement brutalement, mais passe le plus souvent par une phase pré-cancéreuse dont type le plus commun est la kératose, ce qui nous amène à dire quelques mots des lésions pré-cancéreuses :

- les lésions pré-épithéliomateuses : les Kératoses

Nous avons vu : - les kératoses solaires,

- les kératoses du goudron,

- les kératoses arsenicales,

où une cause prédisposante est retrouvée et qui représentent un état intermédiaire vers la cancérisation.

Il existe une variété de Kératose encore plus fréquente, c'est la Kératose sénile.

Souvent multiples, ces kératoses siègent sur les régions découvertes d'abord maculaires jaunâtres, elles deviennent verruqueuses recouvertes d'une croûte rugueuse, dure et brunâtre. Ces kératoses sont susceptibles d'évoluer vers un épithélioma spino-cellulaire ; c'est ~~dire~~ la nécessité de les enlever ou de les détruire précocément.

- Parmi les autres lésions, pré-épithéliomateuses, citons :

- le Cylindrome,

- l'épithélioma adénoïde cystique (Tricho-épithéliome),

- le noevus baso-cellulaire (apparaissant précocement dans l'enfance)

- la tumeur fibro-épithéliale de Pinkus,

- le xéroderma pigmentosum (survenant dans la première enfance),

- la maladie de Bowen de la peau enfin, qui réalise chez l'adulte, en n'importe quelle partie du corps, des lésions discoïdes. Plus qu'un état pré-cancéreux, cette lésion serait un véritable épithélioma in-situ (CIVATTE et TOURAINE). L'évolution est d'abord lente (10 à 15 ans), puis la cancérisation survient brusquement. Il importe donc de traiter radicalement cette lésion de Bowen.

Ainsi, sur nos 110 malades étudiés, les professions étaient les suivantes :

<u>E.O.A. CUTANE</u>	
<u>P R O F E S S I O N S</u>	
- sans	31
- inconnue	6
- cadres supér.	7
- cadres moyens	9
- emp. maison ...	6
- commerçants ...	8
- ouvriers	13
- agriculteurs .	30

Parmi les ouvriers, 11 d'entre eux travaillaient régulièrement au contact d'hydrocarbures :

- . un brai de houille,
- . 6 industrie du bois (créosote),
- . 4 métallurgistes (huiles minérales de graissage),

surtout on retrouve

- . un grand nombre d'agriculteurs (30) exposés au soleil.

D'autre part, sur les 135 lésions dont étaient porteurs nos 110 malades (16 d'entre eux avaient des lésions multiples), on retrouve les 30 lésions pré-disposantes suivantes :

E.O.A. CUTANE

LESION PRE-EXISTANTE

30 sur 135

- | | |
|----|-------------------------|
| 14 | Kératoses |
| 5 | Cicatrices anciennes |
| 3 | Traumatismes récents |
| 1 | Cicatrice de brûlure |
| 1 | Corne |
| 4 | Lésions verruqueuses |
| 1 | Radiodermite |
| 1 | Mal perforant plantaire |

ANATOMO-PATHOLOGIE

=====

Depuis Krompecher et Darier on classe les épithéliomas cutanés en deux grands groupes les épithéliomas baso-cellulaires et les épithéliomas spino-cellulaires.

Cette distinction, qui n'est pas toujours évidente, est néanmoins importante sur le plan pratique, puisque ces deux variétés n'ont pas le même pronostic, et nécessitent donc une attitude thérapeutique parfois différente.

I - LES EPITHELIOMAS BASO-CELLULAIRES :

Sont les plus fréquents (environ 70 %).

Ils sont ainsi dénommés en raison d'une morphologie cellulaire analogue à celle des cellules de la couche basale de l'épiderme.

Ils sont donc typiquement indifférenciés (LEVER), il existe, cependant d'autres variétés : adénoïde, pseudo-kystique, kératinisant, sébacé ou sudoripare.

II - LES EPITHELIOMAS SPINO-CELLULAIRES :

Sont moins fréquents.

Ils sont ainsi nommés en raison de la présence de filaments d'union entre les cellules.

Ils représentent au contraire, l'épithélioma différencié dont l'évolution des cellules malpighiennes mène à la kératinisation.

En fait, selon Broders, il existe quatre types à différenciation décroissante et à gravité inversement proportionnelle.

III - A côté de ces deux grands types on décrit des variétés rares :

- EPITHELIOMA ATYPIQUE : intermédiaire (à l'existence actuellement contestée) ou mixtes (spino-cellulaire - baso-cellulaire).

- EPITHELIOMA ANNEXIEL : à différenciation pileaire ou sudoripare.

Sur les 135 lésions étudiées, nous avons retrouvé les variétés histologiques suivantes :

E.O.A. CUTANE

HISTOLOGIE DES 135 LESIONS

- E.O.A. basocellulaire	54
- E.O.A. spinocellulaire	59
- E.O.A. pavimenteux stratifié atypique ..	12
- Dyskératoses en transformation	5
- E.O.A. à double histologie	2
- Kératoacanthome	1
- Histologie non vérifiée	2

+ 20 kératoses associées

On note, d'une part, la présence abusive dans cette série d'un kératoacanthome qui est une tumeur bénigne, difficile à différencier histologiquement d'un épithélioma lorsque l'anatomo-pathologiste ne peut étudier toute la pièce.

On note surtout, le nombre relativement important (12 sur 135) d'épithéliomas atypiques qui n'entrent dans aucune catégorie connue.

Cette absence de précision est bien concevable lorsque l'on sait que les 135 biopsies ont été effectuées à la pince ou à l'aiguille.

C'est donc sur de minuscules fragments, de qualité très inégale, que l'anatomo-pathologiste a dû faire porter son étude.

En effet, les véritables épithéliomas cutanés ATYPIQUES (DARRIER) sont extrêmement rares et leur existence même est contestée pour la variété dite intermédiaire.

CLINIQUE

=====

I - CIRCONSTANCES ET DELAIS :

Visibles dès leur début, les épithéliomas cutanés sont parmi les cancers les plus accessibles à l'examen. Leur diagnostic et leur traitement devraient donc toujours être des plus précoces. Or, trop souvent, il n'en est rien. Cette lésion, au début, a une apparence anodine, qui n'inquiète ni le malade, ni, ce qui est plus grave, le médecin. Et ces malades subissent souvent pendant plusieurs mois, voir plusieurs années, des applications de diverses pommades avant d'être confiés au spécialiste.

C'est ainsi que ce cancer, qui précocement traité a un pronostic excellent, aboutit parfois à des catastrophes.

Sur les 110 malades qui consultaient pour la première fois au Centre François Baclesse en 1969 :

- 17 étaient venus pour une ou plusieurs récidives d'une lésion déjà traitée ailleurs,
- 93 étaient venus pour une ou plusieurs premières manifestations et dans ce groupe les délais entre le début de la lésion et la consultation au centre étaient les suivants :

E.O.A. CUTANE

sur les 110 malades 93 pour première manifestation
17 pour récidive

DELAIS

- moins d'un an	17 malades	
- 1 an	22 malades	
- de 2 à 5 ans	28 malades	
- de 5 à 10 ans	10 malades	40 plus
- plus de 10 ans	2 malades	d'un an
- non précisés	14 malades	

Et on remarque que 40 de ces malades ont attendu plus d'un an avant de consulter.

Les circonstances de consultations de ces 110 malades furent les suivantes :

E.O.A. CUTANE

CIRCONSTANCES DE CONSULTATION AU CENTRE

- 62 envoyés par médecin traitant
- 42 envoyés par spécialiste
 - dermato* 24
 - chirurgien* ... 8
 - O.R.L.* 5
 - Ophthalmo* 4
 - Radiologue* ... 1
- 3 consultations spontanées
- 3 origines inconnues

II - EXAMEN :

Il doit comporter :

1°) L'examen clinique de la lésion :

- inspection : (qui permet souvent d'évoquer la variété histologique).
- mensuration exacte.
- palpation à la recherche d'une extension profonde et d'une adhérence.
- examen attentif des organes contigus à la lésion : (dont la proximité et parfois l'atteinte vont modifier la thérapeutique et le pronostic). Par exemple : globe oculaire - conjonctives - voies lacrymales - muqueuses nasales et buccales - conduit auditif - etc...

2°) Palpations des aires ganglionnaires correspondantes homo et controlatérales (cet examen étant surtout important dans la variété spino-cellulaire, les épithéliomas baso-cellulaires ne donnant pratiquement jamais de métastases).

3°) Examen complémentaire :

La biopsie (à l'aiguille - à la pince ou l'exérèse-biopsie lorsqu'elle est possible de façon simple), est indispensable pour :

- d'une part affirmer le cancer, (il est en effet inconcevable de négliger une lésion sur sa bonne apparence ou inversement de traiter abusivement par un procédé agressif une lésion bénigne),
- et d'autre part en préciser la variété histologique dont dépendent pronostic et traitement.

D'autres examens sont parfois utiles, nous ne citerons que les radiographies osseuses particulièrement utiles lorsque l'on redoute un envahissement profond.

En fait, ces examens cliniques et para-cliniques ne peuvent que faire suspecter un envahissement profond, que seuls pourront affirmer l'intervention chirurgicale et l'examen histologique de toute la pièce.

4°) Un bilan général enfin s'impose :

Nous pensons en effet que l'âge et l'état général du malade, mais aussi son psychisme et ses activités, doivent intervenir dans le choix de la méthode thérapeutique.

III - ASPECTS CLINIQUES ET EVOLUTION

A - LES EPITHELIOMAS BASO-CELLULAIRES

Qui sont, nous l'avons vu, les plus fréquents, se présentent sous divers aspects dont les plus communs sont les suivants :

1°) L'épithélioma baso-cellulaire nodulaire ou perlé ; c'est généralement la forme du début, apparaissant sous l'aspect d'une ou plusieurs petites perles lisses, de la taille d'une tête d'épingle.

2°) L'épithélioma baso-cellulaire plan cicatriciel est une plaque saillante, d'aspect cicatriciel, bordée de perles épithéliomateuses. C'est la forme la plus fréquemment rencontrée sur le visage ou le cuir chevelu.

3°) L'épithélioma baso-cellulaire superficiel réalisant une plaque d'aspect Pagetoïde ou érythémateuse, siège le plus souvent sur le tronc.

Ces deux dernières formes, par définition superficielles, sont souvent étendues et réservent parfois la surprise opératoire d'une infiltration plus profonde que prévue.

4°) L'épithélioma baso-cellulaire sclérodermiforme, infiltrant, mal délimité, tant en surface qu'en profondeur, représente à nos yeux le type même de l'indication chirurgicale où seul un contrôle précis de l'extension pourra être fait. Nous y reviendrons.

5°) L'épithélioma baso-cellulaire ulcéreux (Ulcus Rodens) facial ou crânien, a la caractéristique d'avoir une évolution térébrante vers les plans profonds musculo-aponévrotiques et osseux.

Là encore, l'envahissement exact ne peut guère être évalué que par l'abord chirurgical.

6°) L'épithélioma baso-cellulaire pigmenté enfin, doit être différencié d'un mélanome dont le traitement et le pronostic sont bien différents.

D'une morphologie variée, ces épithéliomas baso-cellulaires ont en commun d'évoluer le plus souvent lentement sur plusieurs années, encore que certains puissent augmenter rapidement surtout après "tripatouillages" thérapeutiques insuffisants.

Ils ne donnent jamais de métastases, mais localement, leur malignité n'en est pas moins redoutable, car ils peuvent entraîner des destructions considérables et gravissimes.

B - LES EPITHELIOMAS SPINO-CELLULAIRES

Sont moins fréquents.

Ils surviennent le plus souvent sur des kératoses pré-existantes et débutent volontiers sous forme d'une lésion verruqueuse cornée (papillome corné).

De là, l'évolution se fait vers l'ulcération ou le bourgeonnement ; ces deux variétés étant souvent associées en une forme ulcéro-végétante.

L'aspect de ces épithéliomas spino-cellulaires est donc assez uniforme et par conséquent moins trompeur que celui des baso-cellulaires.

Le diagnostic se pose surtout avec les kératoses pré-épithéliomateuses. La biopsie, de rigueur, résout habituellement le problème ; encore faut-il que celle-ci soit suffisamment copieuse.

Il est également difficile de différencier cet épithélioma d'un kératoacanthome, tant cliniquement qu'histologiquement, si l'anatomo-pathologiste ne dispose pas de toute la pièce. Cette dernière tumeur a pourtant un pronostic tout différent puisqu'elle a la particularité d'avoir une évolution cyclique spontanément régressive.

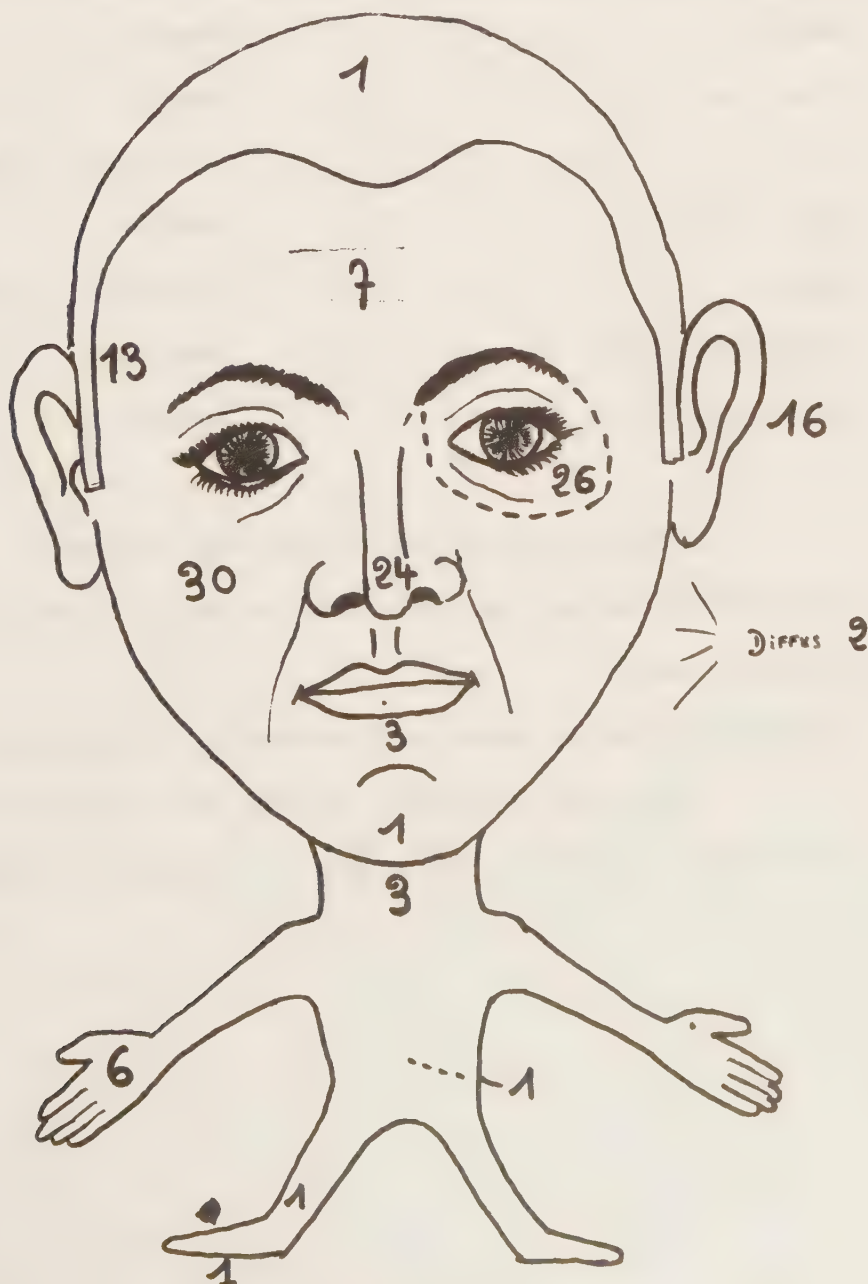
Au contraire, l'épithélioma spino-cellulaire, évolue assez rapidement vers l'aggravation, d'une part en envahissant les structures sous-jacentes, mais surtout, en donnant des métastases ganglionnaires et parfois même viscérales. Cette extension régionale et à distance met alors en jeu le pronostic vital.

IV - LOCALISATIONS

Nous avons vu que les épithéliomas cutanés, dans leur ensemble, pouvaient siéger en n'importe quelle région du corps, mais avec une prédilection très nette pour les régions découvertes et une répartition un peu différente suivant la variété.

Ainsi, pour Touraine et Civatte, 80 % des baso-cellulaires se localisent à la tête, jamais sur les muqueuses ; elors que l'atteinte spino-cellulaire est plus diffuse (45 % seulement à la tête) et que la localisation sur les demi-muqueuses (lèvre) est possible.

Sur nos 135 lésions les localisations étaient les suivantes :



- joues	30 lésions	(15 spino - 12 baso - 3 kératoses)
- nez	24 "	(11 spino - 8 baso - 2 atypiques - 2 mixtes - 1 kératose)
- région orbito-palpébrale	26 "	(17 baso - 5 spino - 3 atypiques - 1 non vérifié)
- oreilles	16 "	(9 spino - 5 baso - 1 atypique - 1 non vérifié)
- tempes	13 "	(8 spino - 4 baso - 1 kératose)
- front	7 "	(5 baso - 1 atypique - 1 kératose)
- lèvres	3 "	(1 spino - 1 atypique - 1 kératose)
- menton	1 "	(baso)
- cuir chevelu	1 "	(baso)
- cou	3 "	(2 spino - 1 baso)
- face diffus	2 "	(spino)
- mains	6 "	(5 spino - 1 atypique)
- région inguinale	1 "	(spino)
- membre inférieur	2 "	(spino)

Et l'on retrouve des notions déjà connues :

- la prédominance des baso de la région orbito-palpébrale et de la région céphalique haute,
- la prédominance des spino des membres et du pavillon de l'oreille.

Enfin, nous rappelons que ces 135 lésions sont survenues chez 110 malades; 16 d'entre eux étaient donc porteurs de lésions multiples :

- . 12 malades avec 2 lésions,
- . 2 malades avec 3 lésions,
- . 2 malades avec lésions diffuses.

Du point de vue pathogénique, il est intéressant de noter que :

- . 8 de ces malades avaient des épithéliomas de même type mais que,
- . 8 autres étaient porteurs d'une association :
 - spino + baso : 3 fois
 - spino + atypique : 1 fois
 - baso + atypique : 1 fois
 - spino + kératose en voie de transformation : 1 fois.

CLASSIFICATION T. N. M.

=====

Les aspects cliniques que nous avons rapidement récapitulés, sont grossièrement retrouvés tels quels dans la littérature étrangère et notamment américaine (W.F. LEVER).

Cependant, les cancérologues préfèrent adopter une classification quantitative définissant mieux le stade évolutif de la lésion, et permettant d'y adapter un schéma thérapeutique.

Cette classification internationale, T.N.M., tient compte :

1°) de l'extension de la tumeur primitive désignée par la lettre T.

2°) de l'extension ganglionnaire désignée par la lettre N.

3°) de l'existence de métastases désignée par la lettre M.

T - LA TUMEUR PRIMITIVE :

T1 Tumeur ne dépassant pas 2 cm dans sa plus grande dimension, strictement superficielle.

T2 Tumeur dont la plus grande dimension est comprise entre 2 et 5 cm ou présentant une infiltration minime du derme.

T3 Tumeur dont la plus grande dimension est supérieure à 5 cm, ou présentant, quelle que soit sa taille, une infiltration profonde du derme.

T4 Tumeur envahissant des structures sous-jacentes (muscles - aponévroses - cartilages - os).

N - EXTENSION GANGLIONNAIRE :

N0 pas d'adénopathie perceptible,

N1 adénopathie homolatérale mobile,

N2 adénopathie controlatérale ou bilatérale mobile,

N3 adénopathie homo ou bilatérale fixée.

M - METASTASES A DISTANCE :

M0 pas de métastases,

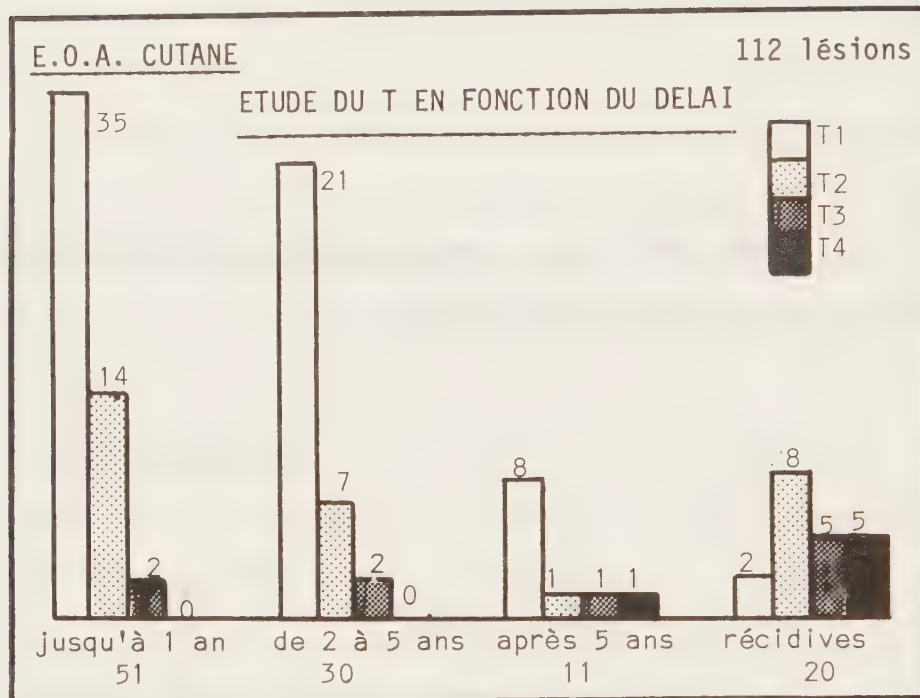
M1 métastase à distance.

Ainsi, dans cette classification, les 135 lésions que nous avons étudiées se répartissaient comme suit :

<u>E.O.A. CUTANE</u>		
<u>T.N.M.</u>		
T :	75	T1
	34	T2
	11	T3
	7	T4
	8	?
N :	118	N ₀
	7	N ₊
	10	?
M :	0	

Nous avons également fait une étude du T en fonction du délai entre le début et la consultation (nous n'avons retenu que 112 lésions, où à la fois date d'apparition et T étaient clairement précisés).

Le résultat fut le suivant :



Et l'on remarque que, dans cette série, la taille de la tumeur paraît assez indépendante de la durée d'évolution (en effet, la proportion des T1 est toujours plus importante, même après plusieurs années d'évolution ; les grosses tumeurs T3 - T4 sont extrêmement rares même après plusieurs années d'attente.

Par contre, lorsque les tumeurs ont été traitées et que ce traitement a échoué (les 20 récurrences en abscisse), il paraît y avoir un brusque accroissement tumoral, puisque c'est là que l'on rencontre les grosses lésions

8 T2 - 5 T3 - 5 T4 pour 2 T1 seulement sur 20 lésions récidivées.

LES MOYENS THERAPEUTIQUES

=====

Il sont multiples et paraissent tous excellents lorsque l'on considère les statistiques que les différents auteurs publient pour chacun de ces moyens.

Cependant, il est capital de savoir que ces auteurs ont généralement appliqué leur technique thérapeutique sur des lésions préalablement triées (par leurs correspondants et par eux-mêmes) et que les résultats publiés doivent toujours être rapportés à des lésions bien précises par leur variété, leur taille ou leur localisation.

Il n'existe pas, en effet, de traitement universel des épithéliomas cutanés. Les différents procédés thérapeutiques donnent des résultats très inégaux selon l'importance de la lésion et sa localisation.

Ainsi, tel procédé excellent ici, peut être médiocre ailleurs, là où justement d'autres moyens sont mieux adaptés. C'est le cas par exemple, des petits spino-cellulaires de la lèvre rouge où la curiethérapie donne de remarquables résultats cancérologiques et esthétiques, alors que la chirurgie y est plus compliquée et risque de laisser une rançon cicatricielle.

De plus, l'efficacité des moyens thérapeutiques dont on dispose, est généralement proportionnelle à leur difficulté, leur agressivité et à leur danger.

Il convient donc d'essayer d'être ni plus ni moins efficace qu'il n'est nécessaire et de choisir l'arme la plus appropriée au type de la lésion que l'on veut détruire.

En dehors de la chirurgie, qui fera l'objet du dernier chapitre de ce travail, il existe d'autres méthodes pour traiter les épithéliomas cutanés.

- Ce sont :
- l'électrocoagulation,
 - "la chimio-chirurgie",
 - la chimiothérapie locale ou générale,
 - la radiothérapie.

Nous allons très brièvement résumer ces différentes techniques et leurs indications pour insister plus longuement sur la radiothérapie qui fut le traitement de la presque totalité des lésions étudiées (129 sur 135).

I - L'ELECTROCOAGULATION :

Connaît différentes modalités. La technique la plus sûre paraît être l'ablation en bloc, sous anesthésie locale, avec coagulation des bords. L'examen histologique est ainsi possible. L'électrocoagulation ne peut-être employée que pour les très petites lésions situées loin des orifices naturels puisque la perte de substance créée est laissée à la cicatrisation spontanée.

II - LA CHIMIO-CHIRURGIE (CHEMOSURGERY de F.E. MOHS) :

Cette méthode pas ou peu connue en France, est proposée par quelques auteurs américains.

Elle consiste à exciser des tissus préalablement fixés par application de chlorure de zinc, chaque coupe étant microscopiquement contrôlée. Les excisions sont ainsi répétées jusqu'à disparition complète du tissu néoplasique, ce qui est généralement obtenu en 5 à 15 jours. Selon l'importance de la perte de substance, on laisse la cicatrisation se faire spontanément ou on la dirige par une reconstruction plastique.

La chemosurgery est donc un procédé extrêmement précis permettant en toute sécurité un ajustement très économique de l'exérèse. Son auteur, MOHS, publie des résultats très intéressants puisque sur 6 254 baso-cellulaires, il obtient 99 % de guérison à 5 ans et sur 2 251 spino-cellulaires, 93,2 % de guérison à 5 ans. Il la recommande particulièrement pour les formes avancées, récidivées et infiltrantes.

Cependant, cette technique paraît très astreignante, tant pour le malade que pour le chirurgien et l'histologiste, qui doivent être particulièrement entraînés.

III - LA CHIMIOThERAPIE :

1°) par voie générale : est réservée aux formes métastasées.

2°) loco-régionale : par perfusion intra-artérielle de différents anti-mitotiques (Aminoptérine, 5 Fluoro-uracile, Vincaléucoblastine etc...), est proposée par quelques auteurs dans les formes très avancées, notamment en pré-opératoire (BANZET).

3°) Locale enfin : par application de 5 Fluoro-uracile (pommade à 5 %). Cette technique est proposée depuis une dizaine d'années par certains auteurs américains (KLEIN).

Des résultats intéressants ont été obtenus sur les kératoses et autres lésions pré-épithéliomateuses, mais aussi sur les épithéliomas cutanés superficiels et notamment dans les formes diffuses.

IV - LA RADIOThERAPIE :

comporte de nombreuses modalités d'application :

- la contactthérapie, à action limitée en profondeur et en surface,
- la radiothérapie superficielle classique, plus pénétrante.
- la Roentgenthérapie profonde,
- faisceaux d'électrons accélérés (bétatron , accélérateur linéaire)
- la cobalthérapie,
- la curiethérapie enfin (iridium) par aiguillage ou appareil moulé.

La radiothérapie dispose ainsi de toute une gamme de rayonnements, qui lui permet de moduler ses effets avec précision et de s'ajuster au type de lésion auquel elle s'adresse. C'est un traitement très efficace et très employé dans l'épithélioma cutané.

Ainsi, en 1969, le Centre François Baclesse avait adopté pour le traitement des épithéliomas cutanés une méthode résolument radiothérapique puisque nos 135 lésions reçurent le traitement suivant :

E.O.A. CUTANES

1er Traitement au Centre

- contactthérapie 83 lésions
- curiethérapie 11 lésions
- 200 Kv 1 lésion
- radiothérapie sur
lésion et ganglions .. 13 lésions
- chirurgie puis
radiothérapie 20 lésions
- chirurgie 4 lésions
- radiothérapie puis
chirurgie 1 lésion
- non traités 2 lésions

Note à propos des 20 cas traités par chirurgie suivie de radiothérapie :
il ne s'agissait pas d'une chirurgie complète à visée curative, mais d'une
chirurgie de réduction pour faciliter l'application du rayonnement.

EVOLUTION SOUS TRAITEMENT RADIOTHERAPIQUE

=====

Pour l'étude de l'évolution, nous n'avons retenu sur nos 135 lésions que 120 d'entre elles, dont le dossier était fiable, c'est-à-dire comportant des renseignements suffisants, avec une évolution suivie au moins pendant 1 an.

Note à propos de ce délai d'un an : il est bien évident que nous ne parlerons pas de guérison à un an, ce qui serait une notion cancérologique fantaisiste (encore que sur les 18 récidives observées dans nos dossiers, aucune ne soit survenue après un an). Cependant, cette première année évolutive est capitale à étudier, car c'est là qu'apparaissent les récidives et que surviennent les complications. Travailler sur les seuls dossiers des malades suivis pendant 3 ans, voir 5 ans, comme le veut la carcinologie générale, fausse les conclusions. En effet, parmi ces malades parfois très âgés, beaucoup décèdent d'une affection intercurrente avant 5 ans, ou bien, las, invalides, ne se déplacent plus pour les contrôles. Il serait dommage de se priver des renseignements concernant l'évolution immédiate de leurs lésions.

Il est évident que cette étude, portant sur un nombre trop restreint de cas (120), n'a aucune valeur statistique (toutefois, les résultats de cette série sont identiques à ceux notés par VAN TORHOUDT dans sa thèse, portant sur 582 cas traités par radiothérapie, au Centre François Baclesse, entre 1950 et 1965).

Au contraire, nous nous sommes efforcés de faire une étude plus détaillée de ces dossiers, en essayant d'individualiser cette lésion épithéliomateuse dont l'évolution et le retentissement sont variables et paraissent dépendre de multiples facteurs (caractéristiques et siège de la lésion - traitement - terrain).

La plupart des études sur les épithéliomas cutanés traitent en bloc des centaines voir des milliers de lésions. Les échecs pourtant réels,

sont alors noyés dans une masse globale de guérisons finales (dont on ne précise pas d'ailleurs toujours très bien la qualité).

Les grandes statistiques, au sujet de l'épithélioma cutané, sont donc toujours optimistes (80 à 99 % de guérisons à 3 ou 5 ans) et cette lésion apparaît presque comme étant bénigne. Il y a pourtant un certain pourcentage de malades qui vont en souffrir longtemps, qui auront des séquelles parfois lourdes et qui même en mourront.

Donc, pour nos 110 malades, de 1969, les résultats furent les suivants :

- 90 % de guérisons à 3 ans.

A notre avis, ce haut pourcentage de guérisons (qui représente souvent le seul critère de bon résultat mentionné dans les grandes statistiques) fausse les esprits et ne traduit pas réellement le problème de ces cancers bien particuliers que sont les épithéliomas cutanés.

Certes, la plupart d'entre eux finissent par guérir mais il nous paraît important de savoir à quel prix. C'est pourquoi, à cette notion de guérison à "n" temps, nous pensons qu'il faut associer la notion de bon ou mauvais résultat, qui rend mieux compte de la gravité de cette lésion.

Ainsi, sur 120 lésions suivies nous avons noté :

- 91 bons résultats soit 76 %,
- 29 mauvais résultats (18 récidives + 11 complications),
soit 24 %.

Ces 76 % de bons résultats représentent encore une proportion très satisfaisante, surtout lorsque l'on considère que le Centre Anti-Cancéreux a souvent le triste privilège de recevoir les cas les plus difficiles.

Nous nous sommes attachés à étudier plus en détail les mauvais résultats, en espérant en tirer un enseignement pour les indications thérapeutiques.

En effet, de nombreux auteurs s'accordent à penser que la chirurgie a ses indications préférentielles là où la radiothérapie donne de mauvais résultats ; comme, inversement, la radiothérapie est particulièrement indiquée là où la chirurgie l'est moins.

Cette "Lapalissade" n'est pourtant pas admise par tous les thérapeutes et certains gardent la conviction que leur technique est supérieure dans tous les cas.

Nous préférons adopter l'attitude des écoles dermatologiques françaises (CIVATTE - DEGOS - De GRACIANSKY - TOURAINE) qui considèrent que les épithéliomas cutanés représentent des lésions très différentes (tant par leur type, leur siège, leur dimension que par leur hôte même), auxquelles il faut donc adapter des traitements différents.

Certes, le choix est difficile, mais pour chaque lésion, les résultats des différentes méthodes (électrocoagulation - radiothérapie - chirurgie) ne sont pas superposables et ce choix doit être rendu possible par la confrontation, à propos de chaque cas, des différents spécialistes qui connaissent les possibilités et les limites de leur technique.

Nous y reviendrons :

1°) Les RECIDIVES :

Sur nos 120 lésions suivies :

- 102 lésions ont été contrôlées définitivement en une seule fois (soit 85 %),
- 18 lésions n'ont pas été contrôlées ou ont récidivé (soit 15 %).

Si on écarte de ce calcul les 14 lésions déjà traitées ailleurs, et vues au Centre François Baclesse parce qu'elles avaient récidivé, restent 107 lésions qui ont reçu leur premier traitement au Centre Anti-Cancéreux, pour lesquelles les proportions de récurrence sont sensiblement les mêmes puisque :

- 92 ont été contrôlées (87 %),
- 14 ont récidivé (13 %)

E.O.A. CUTANE

RESULTAT DU 1er TRAITEMENT

Sur 120 lésions suivies

- 102 lésions contrôlées en 1 seule fois (85%)
- 18 récidives (15%)

Sur 107 premières manifestations

- 92 contrôlées (87%)
- 14 récidives (13%)

Ces 18 récidives ont été observées chez 17 malades (en effet, un malade a vu deux de ses lésions, de localisation différente, traitées successivement, récidiver successivement).

Ces 18 récidives sont survenues sur 14 lésions traitées pour la première fois au Centre et sur 4 échecs d'un traitement effectué ailleurs.

a) Histologie des récidives :

- 9 étaient des spino-cellulaires,
- 4 étaient des épithéliomas malpighiens atypiques,
- 1 était un papillome corné (qui a récidivé sous forme de spino-cellulaire),
- 4 seulement étaient des baso-cellulaires (et encore un d'entre-eux a curieusement récidivé sous forme de spino).

En considérant que, vu leur localisation (oreilles - plante du pied) et leur extension ganglionnaire, les épithéliomas dits "atypiques" étaient sûrement apparentés à la variété spino-cellulaire ; en considérant d'autre part que, deux lésions ont récidivé sous forme spino-cellulaire : on note la grande prépondérance des spino-cellulaires dans les récidives de cette série.

b) Localisation des 18 récidives :

- main	3	(sur 5 lésions suivies)
- pied (plante)	1	(" 1 " ")
- face diffus	1	(" 1 " ")
- oreille	3	(" 12 " ")
- nez	2	(" 22 " ")
- région orbito- palpébrale	2	(" 25 " ")
- tempe	3	(" 11 " ")
- front	2	(" 7 " ")
- joue	1	(" 28 " ")

Et l'on remarque que les localisations sont éparses et sans signification, sauf pour les membres où les deux tiers des lésions ont récidivé et pour les oreilles où un quart des lésions ont récidivé.

c) Selon l'ancienneté :

Les 18 récidives sont survenues sur les lésions suivantes :

- 4 étaient des échecs d'un traitement radiothérapique effectué ailleurs en 1968,
- 5 où la date du début n'est pas précisée,
- 9 où le début remonte de quatre mois à dix ans (en moyenne 5 ans).

d) Selon la taille des lésions initiales :

- 1 diffus,
- 2 taille non précisée,
- 3 T1,
- 5 T2,
- 4 T3,
- 3 T4.

Ainsi, 7 grosses lésions (sur 15 suivies) ont récidivé, c'est-à-dire près de la moitié.

Ces récidives étaient :

- centrales : 10 fois,
- en bordure : 7 fois,
- ganglionnaire uniquement : 1 fois.

e) Selon l'atteinte ganglionnaire :

Au premier examen on notait :

- 14 N°,
- 2 non précisés,
- 2 N+ (une récidive d'un épithélioma pavimenteux stratifié du pavillon de l'oreille et une première manifestation d'un épithélioma atypique du pied).

f) Date de survenue :

Ces 18 récidives sont toutes survenues dans la première année suivant le traitement (cela paraît être un des avantages de la radiothérapie de ne pas masquer les récidives, qui apparaissent ainsi précocément).

g) Mode de survenue des 18 récurrences :

Celles-ci étaient un échec d'un traitement effectué par :

- contactthérapie..... dans 11 cas,
- exérèse-biopsie puis contactthérapie..... dans 2 cas,
- contactthérapie + irradiation ganglionnaire..... dans 2 cas,
- cobalthérapie lésionnelle et ganglionnaire..... dans 1 cas,
- curiethérapie + irradiation ganglionnaire..... dans 1 cas,
- 200 K V + irradiation ganglionnaire..... dans 1 cas.

E.O.A. CUTANE				
CIRCONSTANCES DES 18 RECIDIVES				
Histologie	localisation	Début	TNM	Traitement
9 spino	3 mains	4 échecs	2 non	11 contact
4 MPS	1 pied 2/3	1968	précisé	
atypiques	1 diffus	5 non	1 diffus	2 exérèses
		précisés	3 T1	+ contact
1 papillome	3 oreilles		5 T2	2 contact
(→ spino)	1/4	9 moyenne	4 T3	+ Tt gg
	2 nez	5 ans	3 T4	1 curieth.
4 baso	2 orbito-		= 1/2	
(→ spino)	palpébrale			+ Tt gg
	3 tempe		14 NO	1 200 Kv lésion + gg
	2 front		2 N+	
	1 joue		2 ?	1 cobalt lésion + gg

h) Evolution de ces 18 récurrences :

- 4 ont guéri à 3 ans sans séquelle, après un second traitement, avec une durée moyenne d'évolution de 6 mois.

Il s'agissait de :

. 1ère manifestation d'un papillome corné T (?) NO de la main :
récurrence en spino-cellulaire contrôlée par l'exérèse.

. 1ère manifestation d'un épithélioma atypique T2 NO du front :
récurrence contrôlée par exérèse.

. 1ère manifestation d'un baso-cellulaire T1 NO du front :
récurrence contrôlée par nouvelle contacthérapie.

. Récurrence d'un spino-cellulaire T2 NO de tempe : récurrence contrôlée par nouvelle contacthérapie.

- 4 ont été contrôlées pendant au moins un an par le second traitement, puis perdues de vue.

Il s'agissait de :

. 1ère manifestation de spino diffus NO de face : récurrence contrôlée par contacthérapie ; décès intercurrent.

. 1ère manifestation de spino du canthus interne T4 NO : récurrence contrôlée par curiethérapie (atteinte cornéenne notée) ; décès intercurrent.

. 1ère manifestation de baso du nez T1 NO : récurrence (en spino) contrôlée par contacthérapie puis perdue de vue.

. récurrence spino-cellulaire T4 NO de tempe : récurrence contrôlée par curiethérapie (atteinte cornéenne notée) ; décès intercurrent.

- 3 de ces 18 récurrences ont fini par guérir avec séquelles après plusieurs traitements et 3 ans d'évolution.

Il s'agissait de :

. 1ère manifestation d'un baso du nez T1 NO : récurrence traitée par contacthérapie ; radio-nécrose contrôlée par exérèse - greffe.

. 1ère manifestation d'un spino T2 NO de main : 3 récurrences successives sous radiothérapie, contrôlées par exérèse - greffe ; main droite paralytique séquellaire.

. 1ère manifestation d'un baso T3 NO de joue : 4 récurrences successives sous radiothérapie, contrôlées par chirurgie.

- 2 de ces 18 récurrences ne sont pas encore contrôlées après 3 ans d'évolution

Il s'agissait de :

. 1ère manifestation d'un spino T2 NO de main : 2 récurrences sous radiothérapie : amputation de main ; récurrence sur moignon : amputation de membre supérieur prévue.

. 1ère manifestation d'un spino T2 NO de paupière supérieure : récurrence non contrôlée par curiethérapie : fonte purulente de l'œil, extension loco-régionale encore en traitement.

- Enfin, 4 de ces 18 récurrences, ont entraîné le décès par extension régionale et métastases :

(2 de ces lésions ont récidivé et se sont étendues chez le même malade : donc 3 décès).

Il s'agissait de :

. 1ère manifestation de spino T4 NO de tempe : 5 récurrences successivement sous radiothérapie ; extension ganglionnaire ; décès.

. 1ère manifestation d'un épithélioma atypique T3 N+ de la plante du pied : récurrence non contrôlée par amputation de cuisse ; extension régionale ; métastases ; décès.

. récurrences de 2 épithéliomas atypiques d'oreilles droite et gauche ; nouvelle récurrence non contrôlée par radiothérapie ; extension régionale décès.

(A noter qu'aucun des malades dont les lésions ont évolué vers l'extension ganglionnaire, n'a subi lors du premier traitement au Centre, de curage ganglionnaire).

E.O.A. CUTANE

EVOLUTION DES 18 RECIDIVES

- 4 guérisons à 3 ans sans séquelle
- 4 contrôlées pendant 1 an puis perdues de vue
- 1 non traitée (décès)
- 3 guérisons avec séquelles en 3 ans
- 2 non contrôlées après 3 ans
- 4 extension régionale - métastases -
décès de 3 malades.

C'est insister sur la gravité de ces épithéliomas cutanés, qui certes guérissent dans la plupart des cas, mais qui peuvent dans certains cas mal évoluer et leur pronostic devient alors véritablement celui d'un cancer.

2°) EVOLUTION DES LESIONS CONTROLEES :

Nous avons vu que sur 120 lésions suivies, il y avait eu :

- 18 récurrences,
- 102 lésions contrôlées en une seule fois.

L'évolution de ces 102 lésions contrôlées fut la suivante :

- 52 lésions ne se sont pas compliquées et ont guéri normalement sans séquelles avec une durée moyenne de cicatrisation de un mois (ce qui correspond à peu près à la durée moyenne de cicatrisation complète d'une plaie chirurgicale non compliquée).

- 11 lésions ont été le siège d'une réaction érythémateuse intense mais fugace (prolongeant quelque peu le délai de cicatrisation qui passe ici à 6 semaines).

En fait, cette réaction n'est pas une complication, et on peut considérer que :

63 LESIONS ONT GUERI SIMPLEMENT SANS SEQUELLE :

- 57 premières manifestations et 6 récurrences déjà traitées ailleurs,
- 30 baso-cellulaires, 23 spino-cellulaires, 5 atypiques, 4 kératoses, 1 kératoacanthome,

- 43 T1, 18 T2, 2 T3 et 0 T4,

et l'on note qu'il s'agissait essentiellement de petites tumeurs.

39 LESIONS SE SONT DONC COMPLIQUEES :

Certaines de ces complications ne furent que des incidents puisqu'elles ont fini par guérir sans séquelle, leur seul inconvénient fut de prolonger notablement l'évolution (ce qui n'est sûrement pas sans inconvénient d'une part chez le sujet en activité, d'autre part chez le vieillard).

Il y eut ainsi :

- 28 complications bénignes ou incidents qui évoluèrent en moyenne pendant deux mois et demi ; ces incidents étaient :

- . 1 rhinite,
- . 4 conjonctivites,
- . 13 ulcérations torpides,
- . 10 surinfections.

Enfin, sur les 102 lésions contrôlées après traitement, il y eut :

11 complications vraies (un peu plus de 10 %) ; nous entendons par complications vraies, des lésions dont l'évolution s'est prolongée (sans reprise du processus néoplasique), laissant des séquelles.

Pour ces 11 complications, nous n'avons pas pu calculer de durée moyenne d'évolution, puisque 4 sont encore en traitement après trois ans.

Ces 11 complications furent le fait d'une atteinte radique évolutive. Elles sont survenues après traitement au Centre François Baclesse de :

- 6 premières manifestations, et de
- 5 échecs d'un traitement antérieur effectué ailleurs, et dont on ne connaît évidemment pas la qualité.

Les lésions initiales étaient :

- 5 T1,
- 2 T2,
- 3 T3,
- 1 T4

(4 grosses lésions sur 15 suivies ont donné lieu à des complications).

L'histologie n'a joué aucun rôle, puisqu'il y avait :

- 5 baso,
- 5 spino,
- 1 épithélioma atypique.

Enfin, les complications sont survenues sur les localisations suivantes :

- joue..... 1 fois,
- nez..... 1 fois,
- région inguinale..... 1 fois,
- région orbito-palpébrale..... 8 fois.

(1/3 des lésions orbito-palpébrales ont donc été le siège d'une complication).

Les séquelles de ces 11 complications sont :

- épiphora (larmoiement persistant malgré cathétérisme)..... 3 fois.
- ectropion de paupière inférieure..... 2 fois.
- baisse de l'acuité visuelle par atteinte cornéenne..... 2 fois.
- cécité unilatérale définitive par atteinte cornéenne..... 1 fois.
- cicatrices rétractiles..... 2 fois.
- amputation de membre inférieur (radionécrose inguinale)..... 1 fois.

3°) RESULTATS GLOBAUX :

Au total, après trois ans ; (et ce recul serait suffisant pour beaucoup d'auteurs dans l'étude des épithéliomas cutanés), le devenir de nos 110 malades fut le suivant :

E.O.A. CUTANE

RESULTATS GLOBAUX DES 110 MALADES DE 1969

- 67 guérisons à 3 ans sans séquelle
- 6 guérisons avec recul inférieur à 3 ans
- 7 perdus de vue
- 13 DCD par affection intercurrente
- 3 DCD par cancer
- 14 séquelles

Il faut noter que ces 14 séquelles étaient de gravité inégale, certaines ne furent qu'un handicap fonctionnel ou esthétique, d'autres par contre furent redoutables :

- 2 ectropions de paupière inférieure,
- 2 cicatrices rétractiles,
- 3 larmolements persistants,
- 2 baisse de l'acuité visuelle unilatérale,
- 2 cécités complètes unilatérales,
- 1 main paralytique,
- 1 amputation de membre inférieur,
- 1 amputation de membre supérieur.

Il faut noter, également, que sur les 13 malades décédés d'une affection intercurrente, 5 d'entre eux souffraient d'une récurrence ou d'une complication grave.

On voit combien la notion statistique de guérison à "n" temps, (qui ne tient pas compte des complications et des séquelles) a peu de signification dans ces cancers cutanés car elle ne traduit pas les résultats réels. C'est pourtant ce type de statistique que l'on trouve souvent dans la littérature d'où il ressort une fausse impression de bénignité, que nous sommes loin de retrouver, tant dans les services de radiothérapie que dans les services de chirurgie spécialisée que nous avons fréquentés.

4°) QUELQUES REMARQUES A PROPOS DE CES RESULTATS RADIOTHERAPIQUES :

Nous avons vu qu'il y avait eu une grande majorité de bons résultats (76 %).

Cependant, nous avons remarqué que certains types de lésions ont donné assez régulièrement des mauvais résultats, dont le nombre n'a évidemment aucune valeur statistique mais doit tout de même attirer l'attention.

Ainsi, on note que :

a) certaines localisations donnent un nombre anormalement élevé de mauvais résultats: (récidives ou complications)

En effet,

- sur 25 lésions de la région orbito-palpébrale : 10 mauvais résultats (40 %)
- sur 7 lésions des membres : 5 mauvais résultats (70 %) ; 3 mains sur 4) (1 décès).
- sur 12 lésions des oreilles : 3 mauvais résultats (25 %) (1 décès).
- sur 11 lésions des régions temporales : 3 mauvais résultats (25 %)
- sur 22 lésions du nez : 5 mauvais résultats (22 %).

On remarque également que :

b) la majorité des grosses lésions ont mal évolué :

Sur 15 T3 ou T4 suivis, 10 ont récidivé ou se sont compliquées.

c) les échecs d'une première radiothérapie repris par une nouvelle radiothérapie, donnent souvent de mauvais résultats :

- sur 15 échecs d'un traitement radiothérapique effectué en-dehors du Centre, et traités de nouveau par radiothérapie :

9 mauvais résultats (60 %) (4 récidives + 5 complications).

- sur 6 récidives après premier traitement radiothérapique effectué au Centre et traitées de nouveau par radiothérapie :

5 mauvais résultats.

d) Enfin l'immense majorité des récidives et la totalité des évolutions mortelles sont dues à des spino-cellulaires ou à des épithéliomas pavimenteux stratifiés atypiques :

14 sur 18 récidives.

E.O.A. CUTANE

MAUVAIS RESULTATS

18 R + 11 C = 29 mauvais résultats
≈ 24 % des malades suivis

- Localisations

. région orbito-palpébrale	40%	mauvais résultats	
. membres	70%	"	"
. oreilles	25%	"	"
. région temporale	25%	"	"
. nez	22%	"	"

- Les grosses lésions

10 mauvais résultats sur 15 T3 ou T4

- Les échecs radiothérapiques repris par radiothérapie

66 % de mauvais résultats

- Les spino et EOA atypiques : 14 sur 18 récidives

Encore une fois, malgré l'excellente proportion des bons résultats radiothérapiques, (76 %), nous avons tenu à insister sur les échecs, car ceux-ci sont survenus sur des lésions qui représentent pour de très nombreux auteurs, des indications chirurgicales types.

Nous pensons que l'on peut espérer une amélioration des résultats par l'emploi d'un éventail thérapeutique plus large, en appliquant à chaque cas particulier la méthode qui paraît la mieux adaptée.

C'est ainsi qu'à côté des méthodes médicales et radiothérapiques, la chirurgie nous paraît avoir une place importante que nous allons essayer de préciser.

LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DES EPITHELIOMAS CUTANES

=====

Les cas d'épithéliomas cutanés, qui nous ont été confiés pour cure chirurgicale depuis 1971 au Centre François Baclesse et au Centre hospitalier Régional, sont encore insuffisamment nombreux (une quarantaine) et surtout présentent un trop bref recul, pour que leurs résultats soient significatifs et intéressants à répertorier.

Cependant, les problèmes qu'ils nous ont posés, ont confirmé les notions que nous avons acquises à la lecture des différents auteurs et lors de notre fréquentation des services de chirurgie spécialisée.

Nous allons donc, dans la seconde partie de ce travail, essayer d'exposer quels nous paraissent être les problèmes de la méthode chirurgicale, ses inconvénients, puis ses avantages et ses indications.

I - LA METHODE CHIRURGICALE :

Le traitement chirurgical comprend :

- au niveau de la lésion : - le temps d'exérèse,
 - le temps de réparation.
- et éventuellement au niveau des aires ganglionnaires :
 - un curage.

Le traitement chirurgical nécessite évidemment une anesthésie dont le mode va être variable selon les lésions :

- l'anesthésie locale n'est applicable qu'au traitement des petites lésions, quand on sait que l'intervention ne présente pas de difficultés particulières et sera de courte durée.

En effet, la position et l'immobilité, plus que la douleur, vont assez rapidement devenir très inconfortables et mal tolérées par le malade. Par contre :

- l'association Neuroplèq-analgésie (Dipdol) et anesthésie locale, qui est un procédé bien toléré par les malades âgés ou en mauvais état général, donne un confort chirurgical suffisant dans les interventions de moyenne importance. De sorte qu'actuellement, nous utilisons souvent ce procédé anesthésique qui nous paraît très satisfaisant.

Cependant,

- l'anesthésie générale avec intubation trachéale, s'impose dans un certain nombre de cas qui réclament une chirurgie longue et laborieuse.

1°) le temps d'exérèse :

Ici, comme dans le traitement de n'importe quel cancer, la sécurité doit être l'impératif absolu.

"la sécurité, carte maîtresse de la chirurgie, doit être respectée à tout prix, sous peine de lui voir perdre toute sa supériorité" (DUFOURMENTEL)

L'exérèse doit donc être complète et n'être en aucun cas limitée par le souci de la réparation consécutive.

La reconstruction esthétique et fonctionnelle n'en est pas moins indispensable et le chirurgien devra évidemment connaître toutes les ressources de la chirurgie plastique pour ne pas craindre d'effectuer une mutilation aussi large qu'il sera nécessaire.

L'exérèse lésionnelle :

Son étendue n'est évidemment pas codifiable et dépend d'abord de l'extension tumorale tant en surface qu'en profondeur, mais aussi, de la morphologie et du type histologique de la lésion.

Ainsi, un petit baso-cellulaire perlé pourra faire l'objet d'une exérèse passant à 5 mm des berges de la lésion, alors qu'un baso-cellulaire sclérodermiforme ou un spino-cellulaire devront être enlevés beaucoup plus largement, la section passant alors à 1,5 cm ou 2 cm de la lésion.

Nous avons coutume de ne pas empiéter sur une marge de sécurité de 1 cm en-dehors des limites visibles et palpables de la lésion.

Même dans ce cas, il arrive que l'exérèse, bien que totale, soit histologiquement économique. Il existe toujours en effet, des coulées épithéliomateuses microscopiques absolument inaccessibles à l'examen clinique.

La section cutanée est faite, soit au bistouri à lame, soit par une méthode à laquelle restent fidèles de nombreux chirurgiens, c'est-à-dire lère coupe au bistouri électrique et recoupe périphérique à la lame.

Quoi qu'il en soit, il faut passer largement et les manipulations intra-tumorales sont proscrites. Il est évidemment recommandé de changer de gants et d'instrumentation entre temps curateur et réparateur (des cas de greffe cancéreuse à distance, au niveau des prélèvements plastiques, ont en effet été notés).

En profondeur, l'extension lésionnelle s'évalue sur l'aspect des tissus et surtout sur leur adhérence.

Un procédé efficace, consiste à infiltrer en pré-opératoire une solution de Xylocaïne adrénalinée sous la lésion. Cette solution, qui a en outre l'avantage d'être anesthésique et hémostatique, va décoller l'épithélioma des plans profonds et en faciliter l'exérèse.

Si la lésion reste adhérente, il faut craindre un envahissement des structures sous-cutanées et ne pas hésiter à approfondir la résection.

Ainsi, on est parfois amené à sacrifier à la demande des structures profondes envahies : cartilages - muqueuses - muscles - aponévroses et os.

Il arrive que l'extension tumorale soit telle, que l'on soit contraint à des mutilations totales (oreilles - nez) ou à des amputations de tout ou partie d'un membre.

"la réparation n'est légitime que si l'exérèse est totale" (MERESSE) et il est bien évidemment insensé d'aller recouvrir, par des procédés parfois extrêmement complexes, des tissus néoplasiques restants.

Dans la plupart des cas, le chirurgien a la certitude opératoire d'une exérèse tumorale complète et celle-ci est confirmée par l'histologie. Mais il est des cas douteux, par exemple dans les épithéliomas infiltrants et térébrants et dans les cas de récidives sur radiodermites ; il ne faut pas hésiter alors à différer le temps réparateur pour attendre le résultat de l'examen anatomo-pathologique.

L'examen anatomo-pathologique de toute la pièce d'exérèse est en effet fondamental et fait, à notre avis, toute la supériorité de la chirurgie.

Il est pratiqué sur une pièce opératoire, convenablement orientée et repérée par le chirurgien, de sorte que, si l'exérèse s'avère économique ou incomplète, l'anatomo-pathologiste va pouvoir en préciser l'endroit exact. Il sera alors possible, dans les jours suivants :

- soit de compléter l'exérèse, puis de réparer les parties de substances laissées en attente.

- soit dans les cas les plus fréquents, où exérèse et réparation ont été faites lors de la même intervention, de "reprendre" cette lésion ou de faire un traitement radiothérapique complémentaire.

Cette éventuelle reprise chirurgicale ou radiothérapique est certes nécessaire mais peu satisfaisante. Elle est à la fois pénible pour le malade et le chirurgien, lequel hésitera à voir détruire une reconstruction plastique parfois très délicate.

C'est pourquoi, le contrôle histologique extemporané des limites de la pièce d'exérèse, est un examen extrêmement précieux et de ce fait, de plus en plus employé par les chirurgiens plasticiens. Il a l'inconvénient de prolonger la durée de l'intervention, il nécessite un anatomo-pathologiste disponible et entraîné, il n'est pas adaptable à toutes les structures (os), enfin, il n'est pas exempt d'erreur. Mais, il est tout de même suffisamment fiable pour que l'on puisse adapter exactement la résection à l'étendue tumorale, (plusieurs recoupes sont parfois nécessaires) et envisager avec une bonne sécurité une réparation immédiate.

Cet examen histologique extemporané est particulièrement indiqué dans les récidives épithéliomateuses. Ici, en effet, s'associent souvent à la récidive néoplasique, des lésions inflammatoires, infectieuses et radio-nécrosantes difficiles à différencier.

Ainsi, à propos du traitement chirurgical de 56 récidives d'épithéliomas cutanés, GRELLET à l'Institut Gustave Roussy, publie les résultats suivants :

	Nombre total des cas ...	56	100 %
Exérèse chirurgicale	Complète d'emblée	26	47 %
	Complète après une recoupe	21	30 53 %
	Complète après plu- sieurs recoupes ..	9	

Et l'on voit que l'exérèse du premier geste n'a été complète que dans 47 % des cas, alors que les 53 % restants ont nécessité des recoupes complémentaires après contrôle histologique extemporané.

Sur les multiples recoupes examinées à propos de ces 56 cas, il y eut 6 erreurs : 5 par excès, (dont la conséquence minime fut une coupe plus large que nécessaire), et une seule par défaut.

2°) Le temps réparateur :

Le temps d'exérèse, nous l'avons vu, est prioritaire. Cependant, la plupart des épithéliomas cutanés siègent à la face et leur ablation va laisser une mutilation intolérable, qu'il va falloir réparer, afin que le malade puisse retrouver une vie familiale et sociale normale.

Il n'existe pratiquement pas, du moins à la face, de mutilation aussi étendue soit-elle, qui ne puisse être réparée chirurgicalement. Bien sûr, le résultat esthétique n'est pas toujours merveilleux dans les grands dégâts, mais il ne faut pas perdre de vue que la chirurgie est alors souvent le seul espoir de ces malades.

Les progrès, assez récents, de la chirurgie plastique, mettent à notre disposition un arsenal de techniques fines et précises qui permettent des réparations très satisfaisantes parfois même invisibles.

Le chirurgien, conscient des ressources de la spécialité, pourra pratiquer l'exérèse nécessaire sans être limité par l'angoisse de la réparation. "Le cas échéant, il pourra modifier la tactique opératoire et les réparations prévues si des découvertes inattendues l'imposent" (DUFOURMENTEL).

Le temps réparateur est généralement effectué à la suite de l'exérèse dans la même séance opératoire.

Nous avons vu toutefois qu'au moindre doute quant à l'extension tumorale, il était indispensable de reculer la réparation de quelques jours pour attendre le résultat de l'étude anatomo-pathologique.

Il n'entre pas, dans le cadre de ce travail, de décrire les innombrables techniques de chirurgie réparatrice. Elles sont extrêmement diverses suivant l'étendue et le siège des lésions auxquelles elles s'adressent. Nous nous contenterons donc de citer les grands procédés plastiques qui sont à la base de toutes les variétés techniques.

Ces procédés sont d'ailleurs applicables à la chirurgie des traumatismes et des malformations. A la différence, tout de même, que la chirurgie plastique cancérologique s'applique à des lésions dangereuses chez des sujets souvent âgés. Les meilleurs procédés seront donc les plus efficaces et les plus sûrs.

Enfin, cette chirurgie va intervenir sur des structures fragiles, dans un champ souvent réduit, de sorte qu'une connaissance parfaite de l'anatomie régionale (et notamment de la vascularisation), ainsi que des manipulations minutieuses et précises, vont être indispensables à l'espérance d'un bon résultat.

Les grands procédés de la chirurgie plastique :

Ils visent à réparer les pertes de substance consécutives à l'exérèse tumorale.

Selon la topographie et les dimensions de la mutilation, on pourra s'adresser à un ou plusieurs des procédés de base suivants :

- la suture simple,
- la résection plastique,
- + les autoplasties de voisinage,
- les autoplasties à distance,
- les greffes.

1°) La suture simple (après décollement des berges), convenablement orientée, parfois assistée par de petits artifices plastiques correcteurs, suffit souvent sur les petites pertes de substance.

Lorsque cette suture intéresse le bord libre d'une structure complexe (telle que la paupière ou la lèvre), il est indispensable de suturer plan par plan les différents éléments anatomiques, en ménageant souvent des procédés de "verrouillage" pour éviter les brides rétractiles.

2°) La résection plastique consiste à remodeler un organe (tel que l'oreille) en pratiquant des résections complémentaires.

3°) Les autoplasties de voisinage consistent en la taille d'un ou plusieurs lambeaux cutanés loco-régionaux destinés à être mobilisés pour venir recouvrir la mutilation.

Avec MOREL - FATIO, on les classe en :

- lambeaux de glissement,
- lambeaux de rotation,
- lambeaux de transposition,
- lambeaux de translation,
- lambeaux d'échange

Cette classification rend compte de la conception cinétique de ces lambeaux. En fait, cela représente un nombre considérable de techniques, car ces différents types de lambeaux subissent des modifications multiples selon leur application.

De plus, l'association de divers procédés est souvent nécessaire, il en résulte de nouveaux types d'autoplasties impossibles à classer.

Le plasticien, qui a généralement conçu un plan de réparation en pré-opératoire, est parfois amené à imaginer un lambeau original devant une situation inattendue.

Quoi qu'il en soit, les multiples lambeaux locaux conçus ont en commun l'ambition de préserver une vascularisation suffisante, de s'orienter de façon harmonieuse, et de se dissimuler au mieux.

La zone donneuse du lambeau peut être selon les cas :

- soit suturée,
- soit recouverte par un autre procédé autoplastique ou par une greffe.

Certains lambeaux loco-régionaux sont taillés et mis en place en un temps : leur pédicule est permanent. D'autres sont effectués en plusieurs temps : leur pédicule nourricier temporaire est ultérieurement sectionné puis remis en place.

Des temps de "retouche" ultérieurs sont encore parfois nécessaires.

Il existe enfin une variété de lambeaux locaux dits biologiques où la peau est entièrement découpée et transplantée en "îlot" en ne gardant que des connections vasculaires profondes.

L'avantage des autoplasties locales est qu'elles donnent une peau qui, par son épaisseur et sa coloration, est voisine de celle que l'on veut remplacer.

Leur inconvénient, par contre, réside dans le fait que, même en les associant, elles ne peuvent évidemment recouvrir que des surfaces assez limitées.

4°) Les autoplasties à distance regroupent les lambeaux plats ou les lambeaux tubulés transplantés à partir d'une autre région de l'organisme.

La variété tubulée permet de plus des migrations successives.

Leur avantage est d'apporter un revêtement épais, cutané et cellulo-graisseux, en quantité pratiquement illimitée et ce, à partir de régions faciles à dissimuler.

Leur inconvénient, en revanche, est de transplanter une peau différente, insensible, avec une sécurité de prise assez aléatoire, et toujours en plusieurs temps particulièrement laborieux.

Ils rendent toutefois d'immenses services dans les cas graves.

5°) Les greffes libres :

- les greffes cutanées peuvent être d'épaisseur voulue, variable selon leurs applications (mince - demi-épaisse - totale).

Leur grand avantage est leur relative facilité d'exécution, que la surface à couvrir soit minime ou énorme.

Elles ont par contre l'inconvénient de garder volontiers une texture et une couleur anormales qui leur donnent l'aspect de "pièce rapportée", surtout si leur découpe n'est pas satisfaisante.

Cependant, correctement taillées et mises en place, en des localisations bien précises, elles donnent souvent d'excellents résultats esthétiques.

On peut également être amené à effectuer :

- des greffes osseuses,
- des greffes cartilagineuses,
- des greffes muqueuses,
- des greffes composées : cutané-cartilagineuses, muco-cartilagineuses, cutané-pileuses (cils - sourcils).

Ces grands procédés plastiques (lambeaux et greffes) peuvent être eux-mêmes associés. C'est le cas, par exemple, lorsque l'on veut reconstituer tout ou partie d'une structure complexe (comme le nez - les paupières - les lèvres...).

Il sera possible alors d'associer à un lambeau cutané, un autre lambeau de doublure ou une greffe composée, pour reconstituer les plans profonds.

Parfois, l'exérèse tumorale a entraîné le sacrifice de structures profondes et fonctionnellement importantes, qu'il faudra réparer :

- greffes osseuses,
- myoplasties,
- transpositions tendineuses,
- réparations vasculaire ou nerveuse,
- réparations canaliculaires (voies lacrymales - voies salivaires),
- réparations méningées... etc.

Et nous entrons là dans un domaine de la chirurgie plastique qui n'est heureusement pas fréquent, mais qui peut se présenter lorsque l'on traite des tumeurs envahissantes.

Toutefois, si ces spectaculaires reconstructions sont légitimes chez le sujet encore jeune et lorsque l'on espère avoir contrôlé définitivement le processus néoplasique, elles le sont beaucoup moins chez le sujet âgé, ou bien lorsque l'on redoute un envahissement tumoral persistant.

Il serait alors déraisonnable d'entreprendre une réparation laborieuse, comportant plusieurs interventions et une longue hospitalisation.

Il est alors préférable de recourir soit à la radiothérapie, soit après exérèse de propreté, à la prescription d'une prothèse artificielle (nez - région orbito-malaire - oreilles - main...). Celle-ci n'a évidemment aucune possibilité fonctionnelle mais restaure une morphologie et un aspect normaux. Cette prothèse, parfois difficile à remarquer, permet alors au malade de reprendre rapidement ses activités habituelles.

C'est une solution d'exception, mais qui n'est pas à négliger lorsque l'espérance de survie est courte.

Outre le geste chirurgical sur la lésion, on peut être amené à effectuer un geste sur les territoires lymphatiques correspondants. C'est le curage ganglionnaire qui peut se pratiquer :

- soit dans la même séance opératoire (essentiellement lorsque l'on fait un curage monobloc),
- soit 2 à 3 semaines plus tard.

Enfin, à la chirurgie peuvent être associées d'autres méthodes thérapeutiques, notamment :

- la chimiothérapie (chimiothérapie intra-artérielle pré-opératoire),

- la radiothérapie :

L'association chirurgie puis radiothérapie nous paraît illogique dans les cas simples. En effet, elle emploie et épuise d'un seul coup, deux armes, qui sont aussi efficaces utilisées isolément et n'apporte donc rien sur le plan de la sécurité cancérologique. Par contre, elle associe les risques de complications inhérents aux deux méthodes, en les multipliant, quand on connaît l'effet des radiations ionisantes sur la cicatrisation cutanée. De sorte que, seule une exérèse jugée trop économique, opératoirement et histologiquement, doit faire discuter une radiothérapie post-opératoire.

En revanche, l'association radiothérapie puis chirurgie est proposée par de nombreux auteurs pour le traitement des tumeurs étendues ou profondes.

II - INCONVENIENTS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA METHODE CHIRURGICALE :

1°) Les inconvénients :

L'intervention chirurgicale, effectuée nous l'avons vu, tantôt sous anesthésie locale, tantôt sous anesthésie générale, souvent actuellement sous anesthésie locale associée à une neuroplég-analgésie, nécessite dans la plupart des cas l'hospitalisation du malade.

Cette hospitalisation est le plus souvent très courte (5 à 7 jours), mais peut se prolonger notablement si la reconstruction plastique est importante, délicate et si plusieurs temps opératoires sont nécessaires. Théoriquement, les malades en parfaite santé, qui déambulent normalement, pourraient rentrer chez eux entre les différentes séances de soins. Or, l'expérience prouve d'une part, que lorsqu'on laisse prématurément sortir ces malades, le défaut de surveillance stricte et parfois le défaut d'hygiène, entraînent souvent des catastrophes locales, d'autre part, qu'un certain nombre d'entre eux, préfèrent la vie hospitalière plutôt que de fréquentes consultations externes qui les obligent à voyager avec des pansements impressionnants ou des disgrâces temporaires particulièrement évidentes.

De sorte que, pour la majorité des malades, nous préférons prolonger l'hospitalisation jusqu'à cicatrisation en voie d'achèvement.

De plus, il est certain qu'un geste opératoire, même minime, est toujours, non pas moins bien toléré physiquement, mais moins bien ressenti et accepté par le malade qu'un acte médical.

Il résulte donc de l'acte chirurgical, tant pour le malade que pour le centre de soins, un certain nombre d'astreintes psychologiques, sociales, économiques et matérielles. Ces considérations doivent cependant rester au second plan car il s'agit, rappelons-le, de traiter un cancer.

Enfin, la chirurgie n'est pas à l'abri des échecs, qui sont comme dans tout autre traitement : les récurrences et les complications.

- Les récurrences après chirurgie apparaissent selon les différents auteurs (cf. bibliographie) dans les proportions de :

2 à 15 %.

survenues dans des délais de 3 mois à 5 ans (en moyenne 2 ans).

Il est intéressant de noter que les récurrences chirurgicales publiées par ces différents auteurs apparaissent le plus souvent sur des spino-cellulaires et sur des localisations quelque peu différentes des récurrences radiothérapeutiques :

- nez - joues (sillon naso-génien) - lèvres - front - tempes.

Beaucoup de ces récurrences sont, de l'avis de leurs auteurs mêmes, dues à une exérèse insuffisante. On peut donc espérer, par l'usage de l'histologie extemporanée, une résection plus rigoureuse et une amélioration des résultats.

Il existe également des épithéliomas récidivant après exérèse, soit longtemps après, soit rapidement mais à distance de la première manifestation, soit encore simultanément en différentes localisations. Ces formes "diaboliques" paraissent évoluer sur des peaux pré-disposées et échappent à la chirurgie (comme aux autres techniques d'ailleurs).

- les complications propres à la chirurgie sont :

- . la désunion et le retard de cicatrisation,
- . l'infection,
- . l'hémorragie,
- . la nécrose, enfin, du procédé plastique.

Ces complications ne mettent pas en jeu le pronostic vital mais prolongent l'évolution et risquent de retentir sur le résultat esthétique et fonctionnel final.

Les dernières publications faisant état de résultats chirurgicaux (VANDENBUSSCHE, MERESSE, LEKIEFFRE, LAGACHE - annales de chirurgie plastique, 1973) concernent 330 malades opérés.

(Ces 330 malades étaient porteurs de 356 épithéliomas cutanés de la tête et du cou).

Parmi ces 330 malades qui ont subi une intervention chirurgicale sur leur lésion, 23 ont bénéficié d'un curage ganglionnaire.

Les auteurs sont partisans d'un curage ganglionnaire de "principe" dans les épithéliomas spino-cellulaires de la face, sauf chez les malades au terrain particulièrement fragile.

Chez les 330 malades opérés, les auteurs notent 21 cas qui ont souffert d'une complication immédiate.

. nécrose	10	
. infection	4	
. désunion	3	
. hémorragie externe	1	
. souffrance du lambeau	1	
. paralysie faciale supérieure	1	
. fistule salivaire	1	chez le même malade

Les complications les plus fréquentes (nécrose et infection) étant le plus souvent consécutives à la mise en place d'une greffe. Ces complications ont essentiellement entraîné une prolongation de l'hospitalisation du malade.

Sur ces 330 malades, 186 seulement ont été revus.

- parmi les 186 malades revus :

les auteurs constatent 180 guérisons dont 68 à 5 ans et 132 à 3 ans, et déplorent 6 récurrences (3,2 % des 186 malades suivis).

Ces 6 récurrences avaient les caractéristiques suivantes :

- délai : 2 ans $\frac{1}{2}$ en moyenne,
- topographie : 2 joue - 1 sillon naso-génien - 1 front - 1 tempe - 1 nez,
- histologie : 4 baso - 2 spino.

(1 envahissement profond était signalé 1 fois sur les coupes).

- âge moyen des malades : 67 ans,
- taille de la lésion non précisée,

Ces 6 récurrences ont été reprises 3 fois par chirurgie, 2 fois par irradiation et 1 fois par l'association exérèse et radiothérapie. Seules 3 d'entre elles, ont guéri avec un recul de 3 ans.

De l'étude de ces 6 récurrences, les auteurs concluent :

d'une part que l'utilisation des autoplasties (5 fois sur 6) masque pendant longtemps l'apparition de la récurrence.

d'autre part que les épithéliomas de la joue et notamment du sillon naso-génien sont très infiltrants et doivent donc bénéficier d'une exérèse extrêmement profonde.

- parmi les 144 malades non revus :

- 61 ont été perdus de vue,
- 83 sont décédés : dans 49 cas, d'une affection intercurrente,
dans 29 cas, sans cause précisée,
dans 5 cas, des suites de leur épithélioma.

Pour ces 5 malades décédés, il y avait :

- 3 vastes épithéliomas traités par exérèse sans réparation (dont 2 amputations du nez pour baso),
- 1 spino de l'oreille avec envahissement parotidien (curage jugulo-carotidien),
- 1 spino étendu du front.

Sur les 180 lésions contrôlées en une seule fois par le traitement chirurgical, les résultats esthétiques et fonctionnels, furent les suivants :

- très bons et bons résultats 97 (54,4 %)
- assez bons ou moyens résultats 58 (32,2 %)
- mauvais résultats 25 (14,4 %)

Pour les auteurs, la qualité des résultats paraît assez indépendante du type de la lésion initiale, mais dépend par contre étroitement du procédé de réparation plastique employé.

Ainsi :

- les très bons et bons résultats concernent toujours des lésions assez vastes réparées le plus souvent par autoplastie :

- . 43 autoplasties locales
- . 28 exérèses sutures
- . 17 greffes de peau totale
- . 5 exérèses plastiques
- . 4 greffes dermo-épidermiques

- les assez bons et moyens résultats tiennent surtout à l'aspect inesthétique des greffes, ici prépondérantes :

- . 22 greffes de peau totale
- . 12 greffes dermo-épidermiques
- . 14 autoplasties locales
- . 7 exérèses sutures
- . 3 exérèses plastiques

- les mauvais résultats, enfin sont analysés par les auteurs de la façon suivante :

. 4 exérèses sans réparation qui donnent bien sûr un résultat esthétique non satisfaisant,

. 7 exérèse-sutures pour épithéliomas spino-cellulaires du pavillon de l'oreille, sans modelage ; il en résulte un aspect inesthétique de l'oreille

. 2 mauvais résultats avec autoplasties locales :

1 baso-cellulaire de la région malaire, exérèse réparée par lambeau de glissement : ectropion de paupière inférieure et épiphora,

1 basocellulaire du canthus interne, exérèse réparée par lambeau frontal doublé extropion de paupière inférieure et épiphora,

. 1 mauvais résultat après exérèse plastique de l'oreille (encoche),

. 1 mauvais résultat après greffe de peau totale pour baso du nez (encoche nasinaire),

. 10 mauvais résultats après greffes dermo-épidermiques, qui ont conservé un aspect de "pièce rapportée".

De ces inconvénients de la chirurgie, on peut dégager quelques :

2°) Mauvaises indications chirurgicales qui sont :

- les grands vieillards et les sujets en mauvais état général, qui risquent de ne pas faire les frais d'une anesthésie et d'une hospitalisation.

(encore qu'un acte chirurgical simple, rapide et définitif, nous paraisse aussi bien supporté que les déplacements inhérents à la méthode radiothérapique).

- les lésions diffuses échappent également à l'efficacité chirurgicale et nous paraissent plus du ressort :

- . de la radiothérapie,
- . et de la chimiothérapie locale (5 Fluoro-Uracile).

- Enfin, la chirurgie nous paraît une mauvaise indication chaque fois qu'un traitement plus simple peut être proposé en toute sécurité :

C'est le cas, par exemple, des petites lésions situées loin des orifices naturels, qui bénéficient de l'électrocoagulation ou de la radiothérapie.

C'est le cas des petits baso de paupière traités avec d'excellents résultats par la radiothérapie.

C'est le cas, par exemple encore, des petits spino des lèvres rouges traités avec succès et sans séquelles par curiethérapie.

Tels sont les inconvénients de la chirurgie ; mais lorsqu'ils sont bien pesés, et que les mauvaises indications sont écartées, la chirurgie présente, par contre, des avantages très appréciables.

III - LES AVANTAGES DE LA METHODE CHIRURGICALE :

- Diagnostic histologique précis, par l'étude de toute la pièce d'exérèse. On sait, en effet, que le pronostic, par conséquent l'ampleur du traitement, sont variables selon le type du cancer baso ou spino-cellulaire, mais surtout variables suivant qu'il s'agit d'un épithélioma vrai, d'une lésion pré-épithéliomateuse, ou encore d'une lésion bénigne suspecte, tel que le Kératoacanthome.

- Diagnostic d'envahissement précis, tant par les constatations per-opératoires, que par l'étude anatomo-pathologique des limites de la pièce d'exérèse. Cette possibilité de délimiter la lésion avec exactitude est certainement l'un des avantages les plus marquants de la chirurgie, elle permet de pratiquer une exérèse "de sécurité" et de faire rapidement un traitement complémentaire si besoin.

L'usage de l'examen histologique extemporané permet un ajustement encore plus précis de l'excision.

La chirurgie, qui permet donc une exérèse large, adaptée à l'extension tumorale, contrôlée opératoirement et histologiquement, offre une grande sécurité carcinologique.

- Enfin, la chirurgie plastique présente également une bonne sécurité fonctionnelle et esthétique, dès le premier geste et éventuellement par l'arsenal des interventions de retouche dont elle dispose.

PLACE DE LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DES EPITHELIOMAS CUTANES

=====

La chirurgie, dans le traitement des épithéliomas cutanés, peut avoir quatre points d'impact :

- traitement premier et unique de la tumeur,
- rattrapage d'une récidive,
- curage ganglionnaire de principe ou de nécessité,
- traitement des séquelles.

1°) Place de la chirurgie première :

On sait que, pour le traitement des petites lésions, tous les procédés sont excellents, qu'ils soient médicaux (électro-coagulation), qu'ils soient radiothérapiques, qu'ils soient chirurgicaux enfin.

Le choix entre ces différentes méthodes est alors affaire d'habitude, de possibilités matérielles et de considérations individuelles quant au malade.

Mais il est des cas où la chirurgie est particulièrement indiquée.

a) dans certaines localisations, notamment celles, où des structures sous-jacentes, particulièrement sensibles aux radiations et anatomiquement mal protégées, risqueraient d'être lésées par celles-ci.

C'est le cas :

- de la région orbito-palpébrale (globe oculaire - tarse - voies lacrymales),
- du pavillon de l'oreille (cartilage),
- de la portion mobile du nez (cartilage),
- des commissures labiales (risque rétractile),
- des extrémités et notamment des mains (tendons).

Dans ces régions, en effet, des complications inhérentes à la radiothérapie sont à redouter.

Cependant, comme la chirurgie plastique, la radiothérapie fait de constants progrès et parvient actuellement avec d'ingénieux moyens de protection, à irradier des zones convexes, creuses ou irrégulières, avec une sécurité bien garantie.

C'est pourquoi, nous pensons que les petites lésions de ces régions (sauf sur l'oreille ou sur le dos de la main), peuvent bénéficier avantageusement d'un traitement radiothérapique tout de même plus simple qu'une intervention chirurgicale.

b) Les tumeurs étendues, ou infiltrantes, ou mal délimitées nous paraissent par contre représenter une indication chirurgicale formelle.

L'évaluation réelle de l'étendue d'un baso-cellulaire scléro-dermique ou de la profondeur d'un ulcus rodens, est impossible cliniquement et l'irradiation sera nécessairement approximative (ou alors délibérément trop importante et dangereuse).

Ici, la chirurgie paraît supérieure par la sécurité de pouvoir pratiquer une exérèse lésionnelle complète, contrôlée histologiquement.

Bien sûr, il en résultera une mutilation, qui, même correctement réparée, pourra laisser une rançon cicatricielle visible. Mais, ces grosses lésions (T3 - T4), nous l'avons vu, peuvent avoir une évolution locale et générale désastreuse et il importe d'employer, pour les traiter, la méthode la plus radicale : c'est sûrement la chirurgie large.

La chirurgie, même audacieuse, peut tout de même être dépassée, c'est le cas des lésions diffuses, c'est le cas également à la tête, des envahissements osseux étendus, où, radiothérapie et chimiothérapie restent les seuls espoirs.

c) Les épithéliomas spino-cellulaires des localisations lymphophiles (oreilles - pré-tragus - tempes - membres - organes génitaux), doivent être enlevés très largement et peut-être bénéficier d'un curage ganglionnaire systématique.

d) Les lésions atypiques à histologie incertaine après biopsie doivent sûrement faire l'objet d'une exérèse pour étude de toute la pièce.

e) Les épithéliomas survenant sur lésions pré-existantes (notamment cicatrices de brûlures et radiodermites) sont classiquement des indications chirurgicales.

Il est en effet illogique de traiter ces lésions par un acte limité, en laissant en place des zones dystrophiques potentiellement malignes.

f) Enfin, l'épithélioma survenant chez le sujet jeune quels que soient son type, sa taille ou son siège, nous paraît plus du ressort de la chirurgie.

Ainsi chez le sujet jeune :

- d'une part, la survenue d'une radiodermite peut présenter les risques de cancérisation à long terme, que l'on connaît.
- d'autre part, chez ces malades, la considération esthétique doit entrer pour une large part dans l'indication thérapeutique.

En effet, la séquelle à craindre lors d'un traitement radiothérapique, est la persistance d'une plage dépigmentée, livide, plus ou moins parsemée de télangiectasies. Celle-ci survient lorsque les doses de tolérance ne sont pas rigoureusement respectées ; ce qui n'est pas toujours possible pour certaines lésions (siège, volume, etc.).

De même que la cicatrice linéaire, de coloration plus ou moins normale, au relief plus ou moins visible, est l'aboutissement de la chirurgie.

Nous mêmes, préférons d'un point de vue purement cosmétique, la cicatrice chirurgicale à la zone achromique post-radiothérapique ; mais, nous reconnaissons que cette considération esthétique n'est qu'une affaire de goût.

Nous sommes cependant persuadés que les malades assument mieux une cicatrice chirurgicale, qui peut toujours passer pour accidentelle, voire glorieuse, qu'une dystrophie qui présente pour eux et leur entourage, un caractère maladif ou malformatif toujours péjoratif. C'est pourquoi, il paraît important d'indiquer au malade les résultats qu'on peut espérer obtenir avec telle ou telle méthode, et de tenir compte de son avis.

Quelques mots encore d'une séquelle post-radiothérapique, pratiquement sans conséquence chez le vieillard, mais particulièrement laide et gênante chez le sujet jeune : c'est la perte des cils de la paupière supérieure (après irradiation de cette paupière).

Cette localisation, heureusement rare, nous paraît devoir être confiée au chirurgien lorsqu'elle survient chez un malade jeune.

2°) Rattrapage d'une récurrence :

Nous avons vu que les récurrences post-radiothérapeutiques récidivaient volontiers en "cascade" malgré de nouvelles applications de ce traitement. Et rapidement, il devient cliniquement impossible de délimiter ces lésions où le néoplasme résiduel est mêlé aux lésions radicales et à la surinfection.

Les complications sont alors également fréquentes. De sorte que finalement les récurrences radiothérapeutiques traitées de nouveau par radiothérapie donnent un nombre assez élevé de mauvais résultats (66 %).

Ici encore, la chirurgie, bien que beaucoup plus difficile, nous paraît particulièrement indiquée :

elle va permettre une exérèse large et un contrôle opératoire et histologique de l'extension exacte du tissu néoplasique.

Ici, encore plus qu'ailleurs, l'examen histologique extemporané va être extrêmement précieux en permettant de faire la part entre la lésion épithéliomateuse et les lésions inflammatoires associées.

3°) Problème du curage ganglionnaire :

C'est en effet un problème, car on ne trouve pas dans la littérature, une attitude déterminée et unanime vis à vis des chaînes lymphatiques.

- Pour les adénopathies constituées :

Un traitement s'impose évidemment. Mais nous n'avons aucune notion sur la supériorité de la radiothérapie ou du curage.

Cependant, pour ces lésions lymphophiles et sensibles aux radiations on peut penser que l'association curage et radiothérapie (telle qu'elle est pratiquée au Centre pour d'autres épithéliomas malpighiens), doit offrir le maximum de sécurité.

C'est actuellement l'attitude adoptée par le Centre François Baclesse.

- Le curage systématique "de principe" des territoires ganglionnaires correspondants aux épithéliomas spino-cellulaires ou atypiques, pose un tout autre problème.

Ce curage, pratiqué systématiquement chez tous les malades porteurs de ce type de lésion, paraît bien lourd. En effet, lorsque la lésion initiale est traitée, l'éventualité d'une propagation lymphatique est très rare.

Cependant, il faut rappeler que parmi les trois malades de notre série, dont le cancer a évolué vers l'extension ganglionnaire et le décès, aucun n'avait bénéficié d'un curage systématique.

Si un traitement ganglionnaire systématique est décidé, doit-on opter pour une irradiation ou un curage ? la lecture des différents auteurs ne nous a pas permis d'avoir une opinion définie à ce sujet.

Si un curage systématique est jugé préférable, il est peut-être possible de choisir un moyen terme (qui, à défaut d'être rigoureux, paraît prudent) ; c'est-à-dire :

curage ganglionnaire "de principe" dans les spino-cellulaires importants (T3 - T4), des localisations réputées lymphophiles (oreilles - tempes - extrémités...), si l'état général du malade le permet.

4°) Le traitement des séquelles enfin,

La chirurgie plastique peut, dans la plupart des cas, corriger une séquelle esthétique ou fonctionnelle post-thérapeutique, quel que fût le traitement initial (électrocoagulation - radiothérapie - chirurgie).

C'est le cas, par exemple :

- des radiodermites qui doivent être excisées largement et remplacées par un apport cutané (greffe ou lambeau).

- des radionécroses,

l'atteinte est profonde, le traitement plus difficile, nécessite le plus souvent la réfection complète de la structure lésée,

- des cicatrices rétractiles, déformantes, invalidantes, ou même simplement disgracieuses, qui doivent bénéficier d'une correction plastique,

- des mutilations qui doivent faire l'objet d'une reconstruction totale de la structure intéressée.

CONCLUSIONS

=====

L'épithélioma cutané, quelle que soit sa variété, est un cancer.

Certes, c'est le moins grave, car il met rarement en jeu le pronostic vital. Il n'en est pas moins redoutable, surtout localement, car il possède le potentiel évolutif et envahissant de tout cancer.

De par sa localisation superficielle, particulièrement évidente, l'épithélioma cutané est rapidement et facilement accessible au diagnostic et à la thérapeutique. C'est pourquoi, dans la plupart des cas, il évolue vers la guérison, quel que soit le traitement efficace appliqué.

Cependant, dans certains cas cette lésion risque, nous l'avons vu, d'évoluer pendant longtemps et de mettre en jeu chez le malade, le pronostic esthétique, fonctionnel et parfois même vital.

Cet épithélioma, comme tout cancer, nous paraît donc devoir bénéficier de toutes les ressources thérapeutiques.

Or, il n'existe pas de traitement universel de l'épithélioma cutané. Mais il existe, par contre, un certain nombre de méthodes thérapeutiques efficaces (électrocoagulation - chimiothérapie - radiothérapie - chirurgie), dont les avantages et les inconvénients ne sont pas superposables.

La chirurgie, par son geste radical, contrôlé opératoirement et histologiquement, offre une bonne sécurité cancérologique.

Grâce aux ressources de la chirurgie plastique, elle offre également une bonne sécurité esthétique et fonctionnelle.

La chirurgie nous paraît donc avoir une large place dans le traitement de ces lésions épithéliomateuses.

Toutefois, elle comporte pour le malade et pour le centre de soins, des contraintes qui doivent faire limiter ses indications aux seuls cas où elle est préférable.

Or, il existe à nos yeux, un bon nombre de cas dans lesquels la chirurgie semble préférable. Ce sont :

- les épithéliomas étendus et surtout infiltrants.
- les localisations péri-orificielles de la face et les localisations sur les extrémités.
- les épithéliomas spino-cellulaires des localisations lymphophiles.
- les lésions atypiques après biopsie.
- les épithéliomas sur dystrophies pré-existantes.
- les tumeurs du sujet jeune.
- enfin, les récidives, les complications ou les séquelles d'un traitement antérieur dans lesquelles la chirurgie nous paraît être la seule technique sûre de rattrapage.

Restent un grand nombre de lésions qui n'entrent pas dans les cas plus spécifiquement chirurgicaux énoncés ci-dessus. Là, le choix entre telle ou telle technique doit être alors fait en fonction des possibilités du centre de soins et en fonction de chaque lésion et de chaque malade.

La chirurgie, de même que les autres méthodes, ne doit pas être l'unique traitement de ces épithéliomas cutanés, somme toute très polymorphes, évoluant sur les terrains variés.

Les meilleurs résultats doivent être attendus, non pas dans la poursuite d'une technique poussée à l'extrême, mais dans un meilleur choix des indications thérapeutiques.

Ce choix, qui n'est pas toujours facile, bénéficie grandement de la confrontation, à propos de chaque cas, des différents spécialistes (dermatologue, anatomo-pathologiste, radiothérapeute et chirurgien-plasticien), connaissant au mieux les possibilités de leur technique.

Enfin, la gravité de l'épithélioma cutané est trop souvent minimisée parcequ'elle n'affecte pas notablement l'état général des malades et que la mortalité est faible. Par contre, son retentissement esthétique, parfois considérable, est jugé accessoire et négligeable.

Cette attitude est certainement légitime à l'égard des vieillards. Mais, nous savons que cette lésion atteint un certain nombre de sujets en pleine activité et son retentissement est alors beaucoup plus pernicieux.

Actuellement en effet, les relations affectives, professionnelles et sociales, dépendent étroitement de l'apparence physique que l'on offre à autrui. Les moyens de diffusion modernes exaltent "la beauté" et nous imposent continuellement des archétypes esthétiques, qu'il est difficile de mépriser.

Ainsi, une disgrâce corporelle, apparaissant minime au médecin, sera souvent plus éprouvante pour le malade (de façon consciente ou non), qu'une maladie organique.

C'est pourquoi nous tenons à insister sur le souci esthétique, qui après la préoccupation carcinologique, doit être sérieusement considéré dans le traitement de ces épithéliomas cutanés des sujets encore jeunes.

- 1 - ABBES M. et SABATIER Ph.

A propos d'une statistique de 154 interventions plastiques après exérèse de Tumeurs de la tête et du cou.

Ann. Chir. Plast., 1970, n° 3.

- 2 - ASHLEY F.L.

Cancer de la lèvre. Comparaison des résultats à 5 ans après traitement par irradiation ou chirurgie.

Am. J. Surg., 1965, 110, n° 4.

- 3 - BANZET P., DE LA CAFINIERE J.Y. et DUFOURMENTEL C.

A propos de 40 cas de tumeurs malignes traitées par chimiothérapie loco-régionale et générale dans un service de chirurgie.

Jour. de Chir., 1969, 97, n° 3.

- 4 - BARRIERE H.

Du nouveau dans le traitement des épithéliomas cutanés superficiels.

G.M. de France, T. 80,, n° 3, 1973.

- 5 - BAZEX A.

Etude clinique des épithéliomas cutanés baso et spino-cellulaires (rapport. Epithéliomas et états pré-épithéliomateux cutanés.

MASSON, 1961.

- 6 - BENNET J.E., MOORE T.S., VELLIOS F. et HUGO N.E.

Traitement chirurgical du cancer cutané du nez.

Am. J. Surg., 1969, 117, n° 3.

- 7 - CACHIN Y.Y.

Tumeurs malignes de l'oreille.

E.M.C. O.R.L.

- 8 - CAVINS J.A.

Review of a 3-years experience with topical chemotherapy and immunotherapy of superficial cutaneous neoplasms.

Jour. of Surg. oncology 3 (3), 1971, 325-329.

- 9 - CIVATTE J.
Epithéliomas cutanés.
E.M.C. Dermatologie.
- 10 - CIVATTE J.
Epithéliomas cutanés.
La Revue du Prat., 1966, XVI, n° 15.
- 11 - Comité pour la classification T.N.M.
Classification par stades cliniques.
Tumeurs malignes de la peau (y compris le mélanome)
Octobre 1966 - Fasc. édité par U.I.C.C.
- 12 - CRABB W. and SMITH J.W.
Plastic Surgery ; a concise guide to clinical practice by 43 authors.
Little Brown and Co. (Boston).
- 13 - CRISSEY J.T.
Curettage and electrodesiccation as a method of treatment
for epithéliomas of the skin.
J. of Surg. oncology, 1971, 287-290.
- 14 - DEGOS R.
Prévention et traitement des épithéliomas cutanés.
La Rev. du Prat., 1966, XVI, n° 15.
- 15 - DEGOS R.
Cancers de la peau.
Dermatologie (T. II) FLAMMARION.
- 16 - DE GRACIANSKY P., TUBIANA R., LECLERQ R., BOURDON R.
Traitement des épithéliomas cutanés - Généralités.
E.O.A. et états pré-épithéliomateux cutanés.
MASSON 1961.

- 17 - DUFOURMENTEL C.

Possibilités actuelles de la chirurgie plastique.

Press. Med., 1962, n° 26.

- 18 - DUFOURMENTEL C., BANZET et JACQUILLAT C.

Polychimiothérapie loco-régionale et générale associée à la chirurgie en cancérologie cutanée cervico-faciale.

Ann. de Carcinologie cervico-faciale 1, 2, 1967, 71.

- 19 - DUFOURMENTEL C. et MARCHAC D.

L'essor de la chirurgie plastique, ses progrès actuels, ses perspectives d'avenir.

Rev. du Prat., 1972, 22, 30 bis.

- 20 - DUFOURMENTEL C. et MOULY R.

Chirurgie Plastique.

Vol. FLAMMARION éd. 1959.

- 21 - DUFOURMENTEL C., MOULY R. et MASSOUD E.

Intérêt du curage ganglionnaire parotidien dans les lésions malignes tégumentaires faciales.

Ann. Chir. Plast., 1963, VIII, n° 3.

- 22 - DUFOURMENTEL C. et PREAUX J.

Le bénéfice apporté au traitement des cancers par les greffes et autoplasties.

Médecine et Hygiène 26 : 549-551, 1968.

- 23 - DUPONT et PIERARD

Etude histologique des épithéliomas cutanés baso-cellulaires et spino-cellulaires (Rapport).

E.O.A. et états pré-épithéliomateux cutanés.

MASSON 1961.

- 24 - ESCOFFIER J.B.

Chirurgie et réhabilitation en cancérologie faciale.

Ann. Chir. Plast., 1966, XI, n°1.

- 25 - ESCOFFIER J.B.

Réflexions à propos de la chirurgie d'exérèse des cancers de la face.

B.M. Soc. Chir., Paris, 1970, 60, n° 2.

- 26 - FREEMAN R.G., KNOX J.P., HEATON C.L.

Traitement du cancer de la peau, une étude statistique de 1341

Tumeurs cutanées comparant les résultats obtenus par irradiation,
chirurgie, curetage et électrocoagulation.

Cancer, Av. 1964, 17, n° 4.

- 27 - FREIDEL Ch., DARGENT M., BERTOUIN.

Chirurgie réparatrice cervico-faciale en terrain irradié.

- 28 - GILLIES H. and MILLARD D.R.

The Principles and art of Plastic Surgery.

2 vol. 1967 BUTTERWORTH ed.

- 29 - GINESTET G., FREZIERES H., DUPUIS A., PONS J.

Chirurgie plastique et reconstructive de la face.

FLAMMARION.

- 30 - GOUMAIN A.J.M.

Possibilités de la chirurgie plastique dans les cancers cutanés
de la face.

Bull. Soc. Fr. Dem., 1966, 73, n° 1.

- 31 - GRELLET M., PRADE M., WEILLS et LEZER J.

Traitement chirurgical des récidives des épithéliomas cutanés,
intérêt du contrôle histologique extemporané des bords de la résection.

Ann. Chir. Plast., 1969, XIV, 4.

- 32 - HADIA

Conclusions du Xème congrès des dermatologues et syphiligraphes
de langue française.

Alger 1959.

E.O.A. et états pré-épithéliomateux cutanés.

MASSON 1961.

- 33 - JANSEN G.T.

Topical therapy with 5 Fluoro-uracil.

J. of Surg. oncology 3 (3) : 317-323, (1971).

- 34 - KLEIN E.

Tumors of the skin.

Topical 5 Fluoro-uracil for epidermal neoplasms.

J. of Surg. oncology 3 (3) : 331-349, 1971.

- 35 - LAGROT F. et GRECO J.

Traitement chirurgical des épithéliomas cutanés.

E.O.A. et états pré-épithéliomateux cutanés.

Vol. MASSON, 1961.

- 36 - LAURENT P. et BONHOMME F.

Les épithéliomas primitifs de la face.

Ann. O.R.L., 1967, 84, n° 6.

- 37 - LEKIEFFRE M., TESSIER P., LAGACHE G. et FRANCOIS P.

Les cancers de la paupière inférieure et de la commissure interne.

Traitement chirurgical.

Ann. Chir. Plast., 1970, XV, n° 4.

- 38 - LEVER W.F.

Pathology of common skin tumor.

J. of Surg. oncology 3 (3) : 235-250, 1971.

- 39 - LITWIN M.S., RYAN R.F., REED R.J. and KREMENTZ E.T.

Topical chemotherapy of advanced cutaneous malignancy with
5 Fluorouracil creme.

Jour. of Surg. oncology 3 (3) : 351-365 (1971).

- 40 - MARCHAC D.

Les épithéliomas cutanés des sujets de moins de quarante ans.

Nouv. Press. Med., déc. 1972, 1, n° 45.

- 41 - MERESSE B.

Notre expérience de la chirurgie plastique dans le traitement
des épithéliomas cutanés de la tête et du cou.

Thèse Lille, 1971.

- 42 - MEYER

La chirurgie reconstructive de la face et du cou après l'ablation
de tumeurs.

Med. et Hyg. (Genève), 1968, 26.

- 43 - MOHS F.E.

Chemosurgery for the microscopically controlled excision of
skin cancer.

Jour. of Surg. oncology 3 (3) : 257-267, (1971).

- 44 - MOREL - FATIO

Techniques chirurgicales- orthopédie - traumatologie 4.

E.M.C.

- 45 - MOULY R.

Formes chirurgicales des cancers cutanés.

Clinique (Paris), 1966, 61, 631-643.

- 46 - MOULY R.

Place de la chirurgie dans le traitement des tumeurs malignes
des lèvres.

Rev. stom. (Paris), 1970, 71, n° 3.

- 47 - MOULY R. et BUREAU H.

Les radiodermites chirurgicales.

Rapport présenté au XVIème congrès de la Soc. Fr. de Chir. Plast.
et reconstructive, 1970.

- 48 - MURPHY W.T.

Radiation therapy of skin carcinoma.

Jour. of Surg. oncology 3 (3) : 291-308, (1971).

- 49 - MURRAY J.E. and KLEIN E.

Plastic surgical treatment of facial skin cancer.

Jour. of Surg. oncology 3 (3) : 269-286, (1971).

- 50 - PORTMAN G. et ROBIN J.L.

Chirurgie réparatrice après exérèse des cancers profonds de
la face et du cou.

A.C.P., 1956, 1.

- 51 - ROMIEU C.

Exérèse large des épithéliomas récidivants extensifs de la face
et du cuir chevelu.

A.C.P., 1956, 1.

- 52 - ROMIEUC., PUJOL HK, SOLASSOL C. et MEISS L.

Place des réparations plastiques dans le traitement des cancers
des lèvres.

Ann. Chir. Plast., 1968, 13, n° 2.

- 53 - SCHEDEL F.

Chirurgie plastique dans les tumeurs malignes de la face.

Chirurg., 1965, 36, n° 3.

- 54 - SOUBIRAN J.M.

Traitement chirurgical des épithéliomas des lèvres.

Rev. stom. Paris, 1970, 71, n° 3.

- 55 - Surgical theray of basal cellul carcinoma

Scandinavian, Jour. of Plast. and Reconst Surg., 1971, Vol. 5, n° 2.

- 56 - TOURAINÉ

Les épithéliomas cutanés professionnels (Rapport)

E.O.A. et états pré-épithéliomateux.

MASSON 1961.

- 57 - TOURAINÉ R. et CIVATTE J.

Atlas des tumeurs cutanées.

Revue du Praticien, 1968, XVIIIn n° 34.

- 58 - URBACH F.

Geographic distribution of skin cancer.

Jour. of Surg. oncology, 3 (3) : 219-234, (1971).

- 59 - VANDERBUSSCH F., MERESSE B., LEKIEFFRE M., LAGACHE G.

Résultats lointains de la chirurgie des épithéliomas cutanés
et étude critique des résultats carcinologiques.

Ann. Chir. Plast., 1973, n° 1.

- 60 - VAN TORHOUDT J.

Les cancers de la peau au centre anticancéreux de Caen - Résultats -
Thèse, 1969, Fac. de Rennes.

- 61 - WILLIAMS ASHBEL C.

Perspective on skin cancer.

Jour. of Surg. oncology, 3 (3) : 213-218, (1971).

- 62 - WORINGER F.

Classification et histogénèse des épithéliomas cutanés (Rapport)

E.O.A. et états pré-épithéliomateux cutanés.

MASSON 1961.

